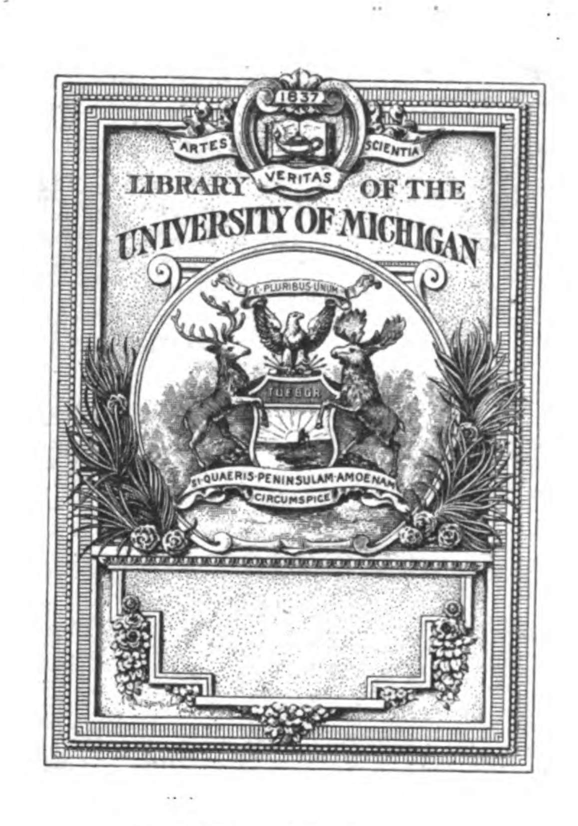
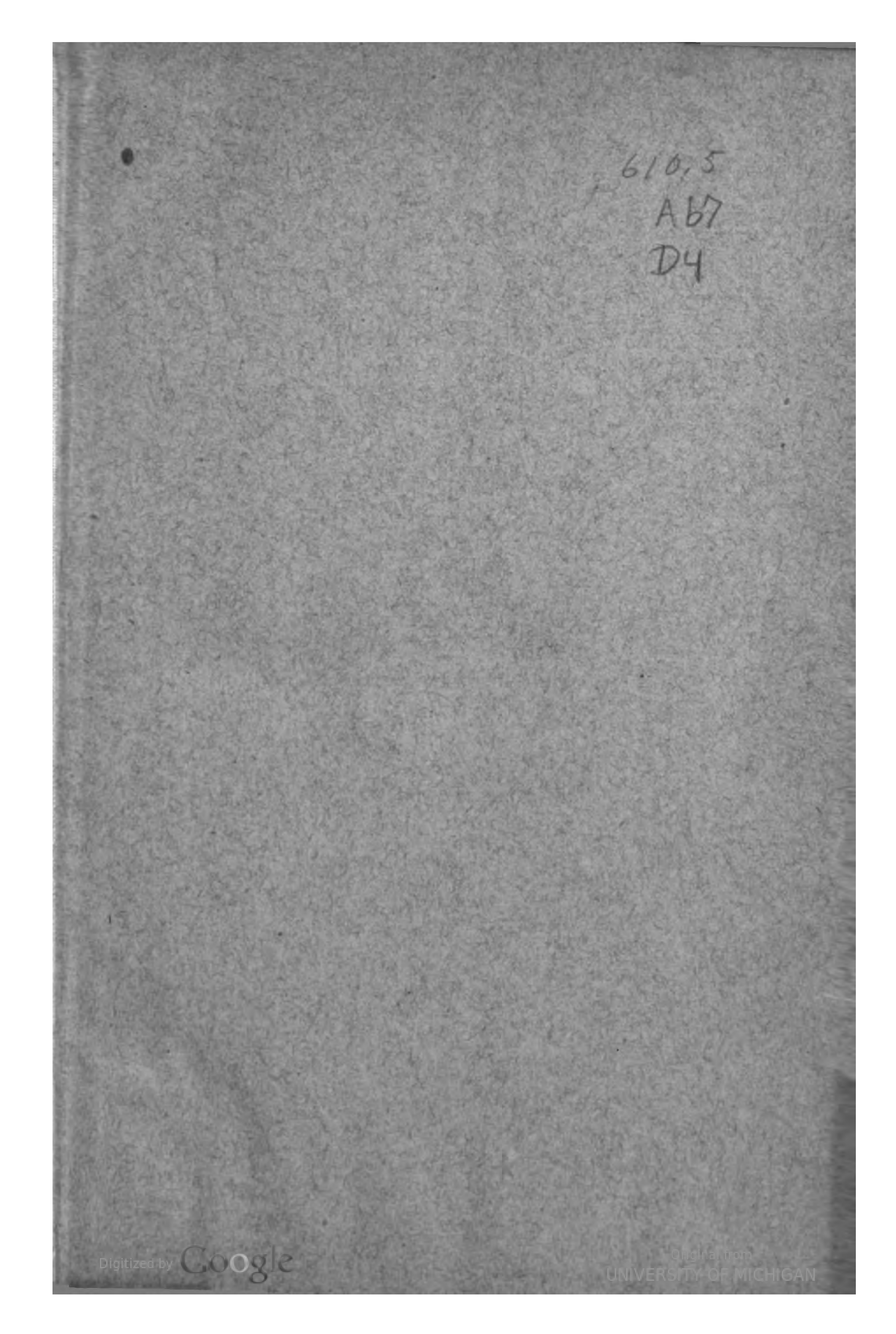
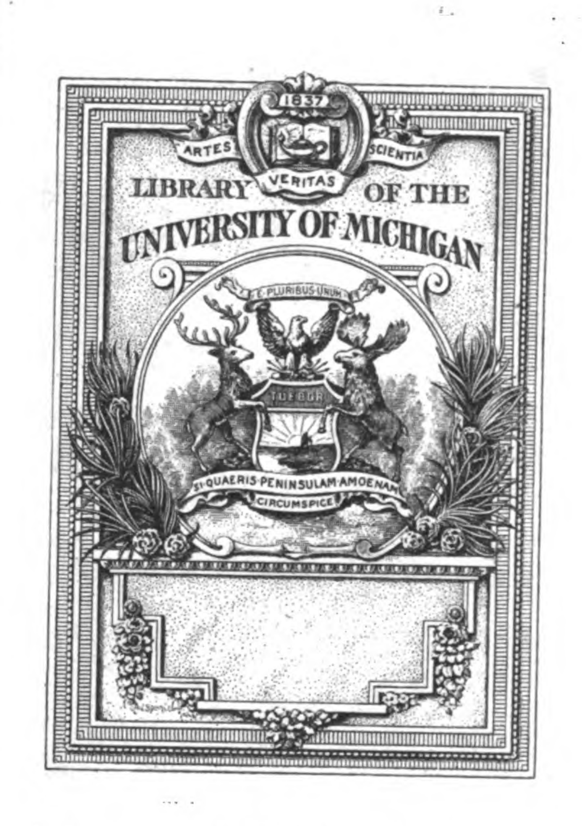
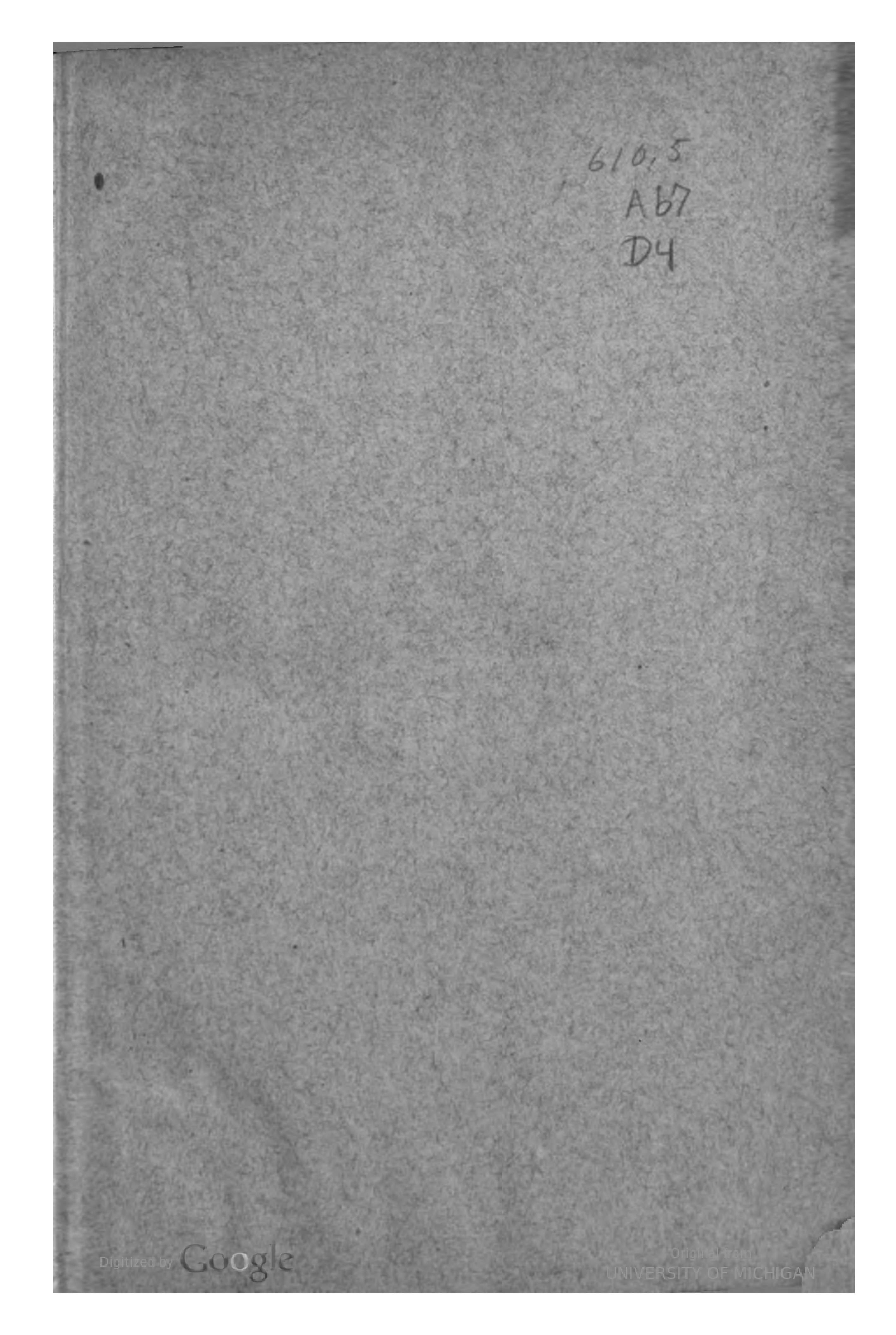

Digitized by Google




1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE




1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



K. u. k. Hofbuchdruckerei A. Haase, Prag.

Inhalt.

Original-Abhandlungen.

Pag.



Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Originalabhandlungen.



Aus der Klinik für Dermatologie und Syphilis in Leipzig.
(Prof. Dr. G. Riehl.)

Zur Kenntniss des Keratoma hereditarium palmare et plantare.

Von

Dr. **Hans Vörner,**
Assistent.

(Hiezu Taf. I—IV.)

In der Literatur ist jene abnorme Verhornung der Flachhände und Fusssohlen, die in gewissen Familien sich durch Vererbung überträgt und von Unna[1]) Keratoma palmare et plantare hereditarium genannt wurde, in nur wenigen Fällen beschrieben. Fast regelmässig sind ausschliesslich die klinischen Eigenschaften dieser Affection untersucht worden, während ihre histologische Structur nur ein einziges Mal und zwar vor 20 Jahren geprüft wurde. Wir halten deshalb einen weiteren Beitrag besonders nach letztgenannter Richtung für zweckmässig.

Der erste Beobachter des Keratoma hereditarium palmare et plantare, Thost,[2]) verfolgte die Vererbung des Leidens an der Hand eines vollständigen Familienstammbaumes, den wir nachstehend verzeichnen.

[1]) Unna. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1883. Ueber das Keratoma palmare et plantare hereditarium.

[2]) Thost. Ueber erbliche Ichthyosis palmaris et plantaris cornea. Inaugural-Dissertation. Heidelberg. 1880.

Aus der Klinik für Dermatologie und Syphilis in Leipzig.
(Prof. Dr. G. Riehl.)

Zur Kenntniss des Keratoma hereditarium palmare et plantare.

Von

Dr. **Hans Vörner,**
Assistent.

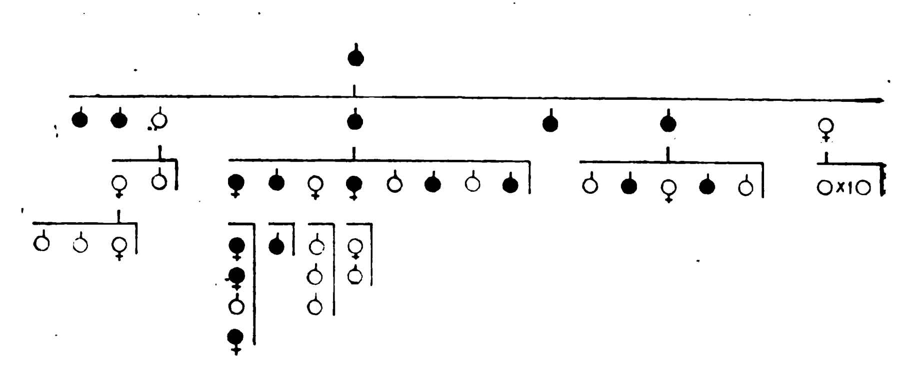
(Hiezu Taf. I—IV.)

In der Literatur ist jene abnorme Verhornung der Flachhände und Fusssohlen, die in gewissen Familien sich durch Vererbung überträgt und von Unna[1]) Keratoma palmare et plantare hereditarium genannt wurde, in nur wenigen Fällen beschrieben. Fast regelmässig sind ausschliesslich die klinischen Eigenschaften dieser Affection untersucht worden, während ihre histologische Structur nur ein einziges Mal und zwar vor 20 Jahren geprüft wurde. Wir halten deshalb einen weiteren Beitrag besonders nach letztgenannter Richtung für zweckmässig.

Der erste Beobachter des Keratoma hereditarium palmare et plantare, Thost,[2]) verfolgte die Vererbung des Leidens an der Hand eines vollständigen Familienstammbaumes, den wir nachstehend verzeichnen.

[1]) Unna. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1883. Ueber das Keratoma palmare et plantare hereditarium.

[2]) Thost. Ueber erbliche Ichthyosis palmaris et plantaris cornea. Inaugural-Dissertation. Heidelberg. 1880.



Er findet die Affection in 4 Generationen, in jeder derselben bei einem bedeutenden Bruchtheil von Individuen, im ganzen bei 17 unter 46. Die Affection wird durch Einheiraten in andere Familien verbreitet, vererbt sich auf männliche wie weibliche Nachkommen ohne Unterschied, verschont dagegen die Kinder nicht befallener Individuen. Stets ist Palma manus und Planta pedis gleichmässig und ausschliesslich von einer circa $^1/_2$—1 Cm. dicken Hornschichte bedeckt. Die Oberfläche derselben zeigt das normale Relief, ist aber meist von Einrissen durchzogen. Die Begrenzung ist scharf, der Rand fällt wallartig gegen die Umgebung ab. Diesem Hornwalle zunächst ist die Haut von normaler Hornschichtdicke, zeigt aber in der Ausdehnung eines Cm. eine bläulich-rothe Farbe und schuppt bei manchen Individuen ein wenig ab. Die übrige Haut des Dorsums ist normal. Nach Angabe der Erwachsenen soll sich die Erkrankung in den ersten Wochen nach der Geburt als leichte Rauhigkeit bemerkbar gemacht haben, während an den Rändern eine schmale bläulich gefärbte Zone aufgetreten sei. Allmälig sei dann die Verhornung gegen die Mitte vorgeschritten. Mit zunehmendem Alter habe sich die Affection stärker entwickelt, wobei sich die Hornschicht häufig in grösseren und dickeren Fetzen abgeschält haben soll. Im 14. Lebensjahre sei die Affection ausgebildet. — Irgend welche Familienkrankheit findet Thost nicht vor, alle Individuen sind gesund, besonders ist ihre Körperhaut im übrigen vollkommen normal. Weiter hebt Thost hervor, dass alle ohne Ausnahme

● = befallene, ○ = nicht befallene Individuen.

stark an den keratotischen Handflächen und Fusssohlen schwitzen. Letztere sind zeitweise empfindlich, doch fehlt jede objective Störung sensibler oder motorischer Art. Histologisch stellt Thost an „Längsschnitten, welche in der Richtung der Cutispapillen geführt waren, eine bedeutende Vergrösserung derselben fest". Sie machen den Eindruck einer grossen, zackenbildenden, sägeförmigen Linie. Die Grösse der Papillen beträgt durchschnittlich 0·58 Mm. Das Rete Malpighi zwischen diesen Papillen zeigt grösseren Zellreichthum wie normal. Die Basalzellen bilden eine einfache Reihe, an sie schliessen sich Stachelzellen mit zackigen, stacheligen Contouren an, auf diese folgt eine mehrfache, beträchtliche Schicht von Körnerzellen. Dieselbe erstreckt sich auch als Zapfen zwischen die einzelnen Papillen. Die Hornschicht ist massig und compact. Die Cutis ist bezüglich ihrer Structur normal. Die Breite derselben sowie die Durchmesser der Schweissdrüsenknäuel und ihre Ausführungsgänge hält Thost für vergrössert. Indessen sind die angegebenen Zahlen noch durchaus normalen Verhältnissen entsprechend.[1])

Thost's Befunde wurden von den nachfolgenden Beobachtern bis auf geringe Differenzen, die wir im folgenden hervorheben wollen, bestätigt.

So weist Unna[2]) die Heredität des Keratoms der Handflächen und Fusssohlen in 3 Generationen einer Familie von 24 Mitgliedern 8mal nach, in einer zweiten Familie bei einer Frau und ihren 3 Kindern; Besnier[3]) bei einer Person, ihren Schwestern, ihrer Mutter, während ihre Brüder frei sind; Brooke[4]) bei zwei Frauen, ihren Müttern und ihren sämmtlichen Kindern; Bassaget[5]) bei einem Patienten, seinem Vater, seiner Tante väterlicherseits, seinen 3 Brüdern und einem seiner 3 Kinder. Pendred[6]) hebt hervor, dass das Leiden

[1]) Kölliker. Gewebelehre des Menschen. 1889 p. 255 u. folg.

[2]) Unna. l. c.

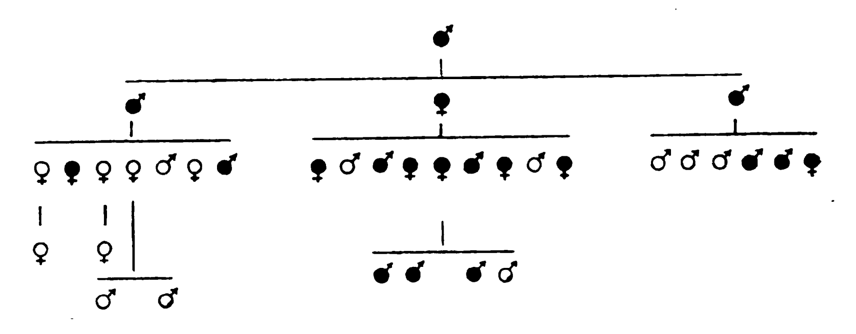
[3]) Besnier. Atlas seltener Hautkrankheiten. 1889. Heft II. pag. 5.

[4]) Brooke. British Journ. of Dermatologie. 1891. pag. 19.

[5]) Bassaget. Société française de Dermatologie et de Syphilis. Séance 15.|XI. Annales de Derm. et de S. 1894. Bd. V. p. 1356. Serie III.

[6]) Pendred. British medical Journ. 30./IV. 1898. p. 1132. Hereditary keratosis or tylosis palmae et plantae.

sich in der von ihm beobachteten Familie in 5 Generationen hauptsächlich durch die weibliche Linie fortpflanzte. Indessen handelt es sich in seinem Falle offenbar um ein zufälliges Vorkommniss. Denn Raff,[1]) der von 35 Mitgliedern einer Familie in 4 Generationen 19 afficirt fand, lässt in dem beigegebenen Stammbaume erkennen, dass die Affection von männlichen auf weibliche und von letzteren wieder auf männliche Nachkommen sich vererben kann.



Und das umgekehrte Verhalten, indem die Affection von weiblichen auf männliche und von diesen wieder auf weibliche Individuen sich fortpflanzt, beobachtet Horton Date.[2])

Wie Thost sehen Pendred und Raff die Kinder nicht befallener Individuen frei von der Affection bleiben, ebenso Heuss,[3]) der das Leiden bei einem Manne, seinem Vater und Grossvater beobachtet, während die Schwester und ihr Kind verschont bleibt. Auch dieses Verhalten kann nicht als Regel angesehen werden. Vererbung mit Ueberspringen eines Individuums kann beim Keratoma palmare et plantare hereditarium vorkommen. Denn in Horton Date's[4]) Falle ist die älteste afficirte Person die Urgrossmutter. Von ihr erbte die Affection die Grossmutter, von dieser Vater und Onkel des Patienten, den der Verfasser beobachtete. Die Kinder des Onkels von seiner ersten Frau sind alle verschont, die von der zweiten alle befallen, desgleichen der Patient sowie

[1]) Raff. Stereoskopischer Atlas von Neisser. 7. Folge. 1896.

[3]) Heuss. Monatshefte für praktische Dermatologie. Band XXII. 1896. I. p. 405.

[2]—[4]) Horton Date. The british medical Journal. 1887. p. 718.

eins seiner Kinder, ein Mädchen. „Nicht afficirt ist dagegen sein Bruder. Derselbe hat mehrere Kinder, von denen einige die Affection haben."

Das Aeussere der Keratoma palmare et plantare hereditorium ist diesen Beobachtern zufolge genau und stets das gleiche, wie es Thost schildert, nur dass Unna die umgebende erythematöse Zone nicht in allen Fällen deutlich vorhanden fand.

Die Localisation ist bei allen Individuen Handfläche und Fusssohle und zwar bei den meisten ausschliesslich. Unna, Besnier und Raff sahen bei je einem Individuum auch die Dorsalseite der Finger von einer äusserlich dem Keratom an der Handfläche ähnlichen Hornproduction eingenommen. Dieselbe ergreift entweder alle oder nur einzelne Finger, manchmal auch nur die Gelenke. Bassaget sah sogar auf dem Rücken beider Hände einen ovalen, scharfumschriebenen Herd stärkerer Verhornung. Raff untersuchte ein derartiges mit starker Hornschicht bedecktes Hautstück, welches von der Streckseite eines Phalangealgelenkes genommen war, histologisch. Er findet „eine bedeutende Verdickung der Hornschicht, Verlängerung der Retezapfen, Vermehrung des Keratohyalins, die Grenzlinien zwischen Hornschicht und Rete einerseits sowie zwischen Rete und Cutis andererseits mehr gradlinig als normal und reichliche Schweissdrüsenknäuel".

Die Schweisssecretion ist ohne Ausnahme bei allen an Keratom leidenden Individuen an Hand- und Fussflächen bedeutend gesteigert, dagegen an der Haut des übrigen Körpers normal.

Objective Störungen irgend welcher Art liessen sich an den afficirten Personen nicht nachweisen, im besonderen ist die Haut derselben vollständig frei von irgend einer Anomalie der Hornbildung, namentlich von Ichthyosis.

Subjective Beschwerden, welche durch das Keratoma palmare et plantare hereditarium hervorgerufen werden, berichtet nur Unna, dessen Patient über juckende und schmerzende Empfindungen in der Nähe tieferer Einrisse der Hornmasse klagte.

Die Entwicklung der Affection hat allein Brooke als Augenzeuge verfolgt. Dieser sieht bei der Geburt und die



ersten Tage nach derselben Handteller und Fusssohlen des Neugeborenen noch völlig normal. Nach wenigen Wochen lässt sich eine grössere Dicke der Hornschicht besonders an den Rändern der Hand- und Fussflächen bemerken, die allmählig mehr und mehr zunimmt. Die in den übrigen Fällen von den Eltern gemachten Angaben entsprechen Brooke's Beobachtung ausser in Raff's Falle. Hier sollte von der sechsten Woche an die Haut der Handflächen und Fusssohlen zuerst nur gelblich verfärbt gewesen sein, aber ohne rothen Saum. Nach $^1/_4$ Jahre seien die Hornmassen ganz deutlich. In den ersten Jahren trete in unregelmässigen Pausen eine Schälung dieser Partien auf. Später aber bleibe die Haut fest. Vom 5. Lebensjahre an sei das Bild stabil. Alle directen Beobachtungen an Säuglingen und Kindern wissen nichts von einer derartigen Abschälung, sondern schildern immer das gleiche typische Bild des Keratoma palmare et plantare hereditarium.

Eigene Beobachtung.

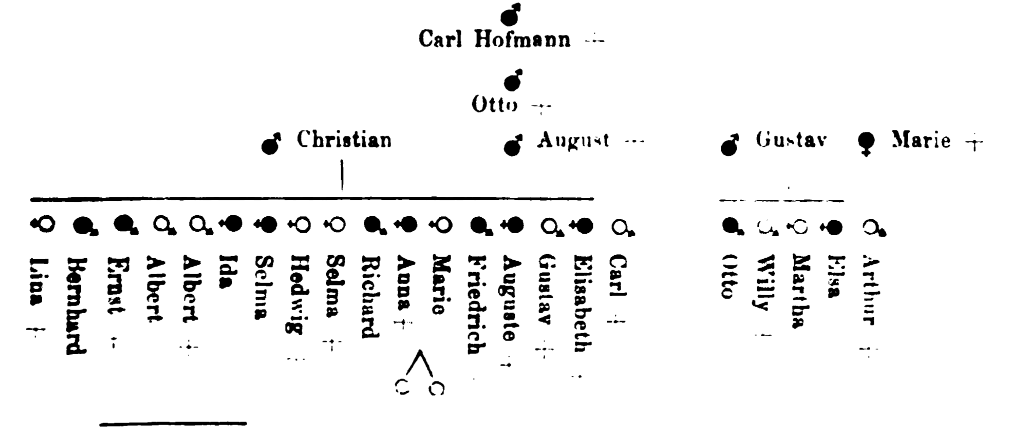
Unser Fall betrifft eine Familie,[1]) die stets in Leipzig beziehentlich in der Nähe der Stadt ansässig gewesen ist. Das älteste noch lebende Mitglied ist der Maurer Christian Hofmann in Leipzig. Ein Bruder, Namens Gustav, wohnt in einer kleinen Ortschaft nahe der Stadt, seiner Beschäftigung nach ebenfalls Maurer. Beide sind von der Affection ergriffen, ebenso war es ein dritter Bruder, mit Namen August, der im Alter von 20 Jahren gestorben ist. Eine Schwester (Marie) dagegen ist frei geblieben. Der Vater, der keine Geschwister hatte, litt in derselben Weise, wie die Söhne, ebenso der Grossvater und Urgrossvater. Nachkommen haben nur die beiden Brüder, Christian und Gustav. Ihre Frauen haben vollkommen normale Flachhände und Fusssohlen. Der ältere Bruder hatte 17 Kinder, von diesen leben noch 6. Unter den Gestorbenen waren 5, unter den Lebenden sind 4 und zwar

[1]) Bereits im Jahre 1891 sind von Windscheid in der Sitzung der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig vom 24./III. einige Mitglieder dieser Familie demonstrirt worden (Berichte der medicin. Gesellschaft zu Leipzig, 1891), ebenso von Lesser im Jahre 1892 auf dem Congress für Dermatologie in Leipzig.

ein 18jähriger Sohn (Richard), 2 Mädchen von 13 und 7 Jahren (Selma und Ida) und ein 4jähriger Knabe (Bernhardt) befallen. Von den nicht afficirten Kindern leben ein Knabe von 8 Jahren und eine 23jährige Tochter, die, seit 3 Jahren verheiratet, zwei vollkommen gesunde Kinder hat. Der jüngere Bruder, Gustav, hatte 5 Kinder. Zwei sind gestorben, 3 leben. Von den letzteren ererbten zwei das Familienübel, nämlich ein 4jähriges Mädchen (Elsa) und $^1/_4$jähriger Knabe (Otto). Es hatten demnach von 40 Familienmitgliedern in 4 Generationen 16 oder 40% die Affection geerbt.[1])

Der Befund, den die befallenen Individuen an Händen und Füssen zeigten, war folgender.

Im Bereiche beider Volarflächen besteht eine sehr starke Verdickung der Hornschicht (Fig. 1 u. 3). Dieselbe nimmt sowohl die Palmarfläche der Hand wie diejenige aller Finger vollständig ein. Die Hornmasse endet an den Rändern der Hand, gegen den Unterarm in der Radiocarpalfalte, nach vorn an der Schwimmhaut, dann interdigital und am freien Rande des Nagels. Nur bei den beiden Brüdern Christian und Gustav sieht man auch die Dorsalseite der Finger stärker verhornt und zwar von den Fingerspitzen bis in die Mitte der Grundphalanx. Eine deutliche Grenze zwischen dieser Verhornung und derjenigen der Palma besteht nicht.



¹) Sämmtliche Mitglieder der Familie Hofmann konnte Verfasser genau untersuchen.

● = befallene, ○ = freigebliebene, + = gestorbene Individuen.

Entsprechend sind an den Füssen die Unterseite der Zehen und die Planta pedis befallen (Fig. 2 u. 3). Die Verdickung der Hornschicht beginnt am freien Rande der Nägel, nimmt die Kuppen der Zehen vollkommen ein, hört genau interdigital und an der Schwimmhaut auf. An der Planta endigt sie an den freien Rändern des Fusses, indem sie nach rückwärts die Ferse kappenartig umgreift. Bei keiner Person geht die stärkere Verhornung auf das Dorsum sowohl des Fusses als der Zehen über.

Innerhalb der geschilderten Grenzen ist die übermässige Verdickung der Hornschicht an allen Stellen vorhanden, ihre Stärke ist überall gleichmässig und beträgt schätzungsweise $\frac{1}{2}$—1 Cm. Nur in den Beugefurchen nimmt sie besonders gegen den Grund derselben fast bis zum normalen ab. Die Affection ist in jeder Beziehung absolut symmetrisch, die Oberfläche derselben ist entweder in ihrer Continuität vollkommen intact, wie an den Händen der 13jährigen Selma und der 7jährigen Elsa; oder sie weist nur wenige feine, nicht tief reichende Sprünge auf, so an den Handballen der 11jährigen Ida und des 5jährigen Bernhardt; oder sie zeigt tiefere und zahlreichere Einrisse, wie an den Händen des 18jährigen Richard, des 30jährigen Gustav und 50jährigen Christian Hofmann und fast bei allen Individuen an den Fusssohlen. Diese Einrisse ziehen theils den Beugefurchen parallel, theils kreuzen sie dieselben senkrecht. Die tieferen Risse finden sich zahlreich an den vorspringenden Ballen und besonders ausgeprägt im Grunde der Beugefalten. Sind diese Risse oberflächlicher und feiner, so macht die Affection den Eindruck einer zarten Mosaik. Bestehen dagegen tiefere Risse, so ist die Oberfläche in viele polygonale Felder getheilt, die an die Schilder gewisser Reptilien erinnern können.

Die Farbe der Hornmassen ist bei denjenigen Individuen, die sich nicht mit grober Arbeit beschäftigen, mehr eine gelbliche und dabei leicht durchscheinende; bei den stark arbeitenden Personen dagegen eine mehr oder weniger graue bis schmutzige, besonders an exponirten Stellen, wie den Ballen, während geschütztere Stellen, wie die Beugefalten, heller bleiben. Das Rillensystem ist in voller natürlicher Schärfe ausgebildet, die

Rillen zeigen weder in ihrem Verlaufe, noch in ihrer Anzahl etwas von der Norm abweichendes.

Die Grenze der Affection ist ausserordentlich scharf und geht nach der Dorsalfläche in einen steil abfallenden Hornwall aus. Die nächste Umgebung ist stets in der Ausdehnung eines $^1/_2$—1 Cm. hell geröthet. Diese Röthung, welche Handteller und Fusssohle saumartig umgibt, hat vollkommen normal starke Hornschicht und zeigt auch im übrigen nichts abnormes. Auf Druck kann die Röthung ohne Hinterlassung irgend einer Verfärbung vollständig zum Abblassen gebracht werden.

Die Schweissfunction ist bei allen Individuen an den befallenen Handtellern und Fusssohlen sowohl spontan viel reichlicher als normal, besonders aber bei jeder Bewegung und Anstrengung. Wischt man mit einem Aethertupfer die Hornmassen trocken, so sieht man in kurzer Zeit kleine krystallhelle Schweisströpfchen aufschiessen. Die übrige Körperhaut verhält sich bezüglich der Schweisssecretion normal. Beim Anfühlen machen diese Stellen den Eindruck von dickem durchfeuchteten Sohlenleder. Die Hornmassen halten fest zusammen, sind derb, aber doch bis zu einem gewissen Grade biegsam. Eine geringe Brüchigkeit besteht nur oberflächlich in der Nähe gröberer Einrisse. Die Beweglichkeit der Hände und Füsse wird in keiner Weise eingeschränkt. Die weiblichen Individuen verstehen sehr mühsame Stickereien und ähnliche Handarbeiten herzustellen und die Männer (Maurer) verrichten ungehindert ihre schwere Arbeit. Irgend welche Beschwerden oder Schmerzen erleiden diese Individuen durch ihre Affection gewöhnlich nicht. Nur unter bestimmten Verhältnissen, zum Beispiel bei plötzlicher Aufnahme schwerer Arbeit, wenn dieselbe längere Zeit etwa krankheitshalber ausgesetzt wurde, oder nach einem längeren ungewohnten Marsche setzen sich die gröberen Risse der Hornschicht auch in die tieferen Schichten der Haut fort, so dass manchmal blutende Rhagaden entstehen. Bei Vernachlässigung führen dieselben dann zu Entzündung und stärkeren Schmerzen. Sind die Rhagaden geheilt, so sind auch die Beschwerden geschwunden. Im übrigen ist die Affection für die betreffenden Individuen so wenig lästig, dass sie jede Therapie rundweg ablehnen. Die Sensibilität der



keratotischen Stellen ist für tactile und thermische Reize vollkommen erhalten. Wohl aber ermöglicht die dicke Hornschicht zeitweise höhere Temperaturen auszuhalten als die normale und vermag gegen mechanische Insulte grösseren Schutz zu bieten als diese.

Die übrige Haut des gesammten Körpers ist vollständig normal, besonders haben Knie- und Ellenbogengegend die natürliche Glätte und Geschmeidigkeit. An den Streckseiten der Extremitäten fehlt der nicht seltene Lichen pilaris. Hyperpigmentation und Hypertrichiasis der Haut fehlt. Die natürliche Behaarung ist in normaler Weise vorhanden. Speciell die Kopfhaare sind von ausreichender Fülle, das einzelne Haar ist, was Form, Stärke und Färbung anlangt, normal, die Kopfhaut ist frei von Schuppenbildung und zeigt eine normale Fettsecretion.

Auch die nicht afficirten Mitglieder der Familie Hofmann haben eine vollkommen normal beschaffene Haut. Die Verstorbenen waren, soweit sie nicht am Keratom der Flachhände und Fusssohlen litten, frei von Hautkrankheiten. Die Individuen dieser Familie sind im allgemeinen kräftig und gesund. Auffallende bei mehr als einem Individuum sich zeigende Erkrankungen und Todesursachen sind in der Familie unbekannt.

Ueber die Entstehung und Entwicklung der Affection erzählten die Eltern in unserem Falle, dass man an den Neugeborenen noch nichts von der Krankheit bemerken könne, dass vielmehr Handflächen und Fusssohlen von zarter und glatter Haut wie bei anderen Säuglingen bedeckt seien. Aber schon einige Wochen (2—4) später beginne die Hornschicht eine grössere Festigkeit zu zeigen, während am Rande der Hände und Füsse eine geröthete Zone auftrete. — Diesen Angaben entspricht durchaus der Befund an dem 14 Wochen alten Otto. Die Hornschicht ist bereits an der ganzen Handfläche und Fusssohle deutlich dicker als normal. Allerdings fällt diese Verdickung an den Ballen und Rändern mehr auf, da hier feine, seichte Risse bestehen und die Hornschicht mehr gelblich-grau getrübt ist, während sie in den centraleren Partien mehr durchscheinend und glatt ist. Wie bei den Erwachsenen schwitzen Hand- und Fussflächen sehr stark. — Die Dickenzunahme der Horn-



schicht erfolgt ganz allmälig, ein Abstossen der verdickten Hornschicht während des Kindesalters wird niemals beobachtet. Hitze und Kälte, beziehentlich die verschiedenen Jahreszeiten, sind ohne jeden Einfluss. Die Affection bleibt das ganze Leben hindurch unverändert bestehen.

Histologie.

Zur Untersuchung der histologischen Structur des Keratoma palmare et plantare hereditarium wurde dem Richard Hofmann (Fig. 2) ein Stückchen Haut der Fusssohle in der Weise excidirt, dass es vollentwickeltes Keratom, Randpartie und normale Haut umfasste. Schon makroskopisch liess sich feststellen, dass das Rete Malpighi der erkrankten Partien mächtiger entwickelt war, als dasjenige der angrenzenden gesunden Haut. Das excidirte Stück wurde gehärtet und theils in Paraffin-, theils in Celloidineinbettung geschnitten.

Auf senkrechten Schnitten liess sich nun folgender Befund constatiren. Das Corium entspricht in seiner Masse und Structur den normalen Verhältnissen, wie wir sie zum Vergleich an Präparaten von normaler Fusssohlenhaut der correspondirenden Stelle gefunden haben. Bindegewebe und elastische Fasern zeigen keine Abweichungen, nur die Papillarschichte ist entsprechend den Veränderungen an der Epidermis in der Weise different, dass die Papillen bedeutend verlängert zu schmalen, manchmal fast fadenförmigen Gebilden ausgezogen sind. Ihre Länge beträgt ca. 0·55—0·6 Mm., (Fig. 4, a.) In denselben und in der subpapillären Gefässschichte sieht man die fixen Bindegewebszellen etwas vermehrt und vereinzelte manchmal auch in kleinen Gruppen zusammenliegende Mastzellen. Zeichen der Entzündung, des Oedems oder nävusartige Einlagerungen sind nicht zu constatiren. Das elastische Fasernetz ist auch in seinen feinsten Fädchen bis an die Epithelgrenze zu verfolgen. Die Schweissdrüsen sind wohl erhalten und nicht pathologisch verändert. Die Tubuli der Knäuel zeigen einen Durchmesser von ca. 50, die Ausführungsgänge einen solchen von ca. 40 μ. Auch am Fettgewebe, welches nur in kleinen Partien an den Schnitten zu sehen ist, findet sich keinerlei Veränderung.

Die wesentlichsten Veränderungen weist die Epidermis auf und zwar sowohl hinsichtlich ihrer Mächtigkeit, ihrer Ausdehnung, dem Verhalten der einzelnen Schichten wie ihrer zelligen Elemente. Das Hornzellenlager, welches während der Präparation zum Theil verloren ging, misst an den Stellen der grössten Entwicklung ca. 0·6 Cm. Es begrenzt sich gegen das Stratum granulosum zu in einer wellig zackigen Linie, deren Erhebungen und Einsenkungen mit dem Profil der Papillenoberfläche correspondiren, aber dessen Höhendifferenzen nur in stark vermindertem Masse ca. ein Drittel der Papillenhöhe nachahmen.

Das in Höhe- und Breitenentwicklung sehr mächtige Rete zieht gegen die Cutis zu wie in einer Ebene abgeschnitten aus. Dieser Eindruck wird dadurch hervorgebracht, dass die Einsenkungen desselben in die Papillarschichte relativ sehr breit sind und nicht stumpfkegelförmige Gestalt, wie normaler Weise sondern zumeist Trapezform aufweisen. Da diese basalen Flächen — resp. an senkrechten Schnitten diese basalen Begrenzungslinien — fast alle in derselben Höhe liegen und nur durch die schmalen Papillen von einander geschieden werden, so kommt der obenerwähnte Eindruck zu Stande. Die zwischen den Papillen liegenden Retetheile haben entsprechend dem normalen durch die Cutisleisten hervorgerufenen Variationen sehr verschiedene Breite. Die Höhe des Rete von der Basalschichte bis zur Hornschicht beträgt an den Cutisleisten und zwar von der tiefsten Stelle an der Cutisgrenze ca. 0·75 Mm. (Fig. 4,*b*), von den Spitzen der Papillen ca. 0·15 Mm. (Fig. 4,*g*); in den Einsenkungen des Rete zwischen den Cutisleisten ca. 0·35 Mm. (Fig. 4,*d*). Die Breite der einzelnen Einsenkungen ist sehr verschieden. An jenen Stellen, welche den papillentragenden Cutisleisten entsprechen, nur 0·15—0·25 Mm. (Fig. 4,*e*), an den Einsenkungen zwischen den Cutisleisten 0·25—0·45 Mm. (Fig. 1,*f*).

Die Basalschichte zeigt an allen mit Ausnahme der späteren noch zu erwähnenden Stellen normale Structur (Fig. 4 *B*). Ihre cylindrischen Zellen stehen senkrecht auf der Cutisoberfläche und zeigen weder in der Form ihres Kernes noch in ihrem Protoplasma besondere Eigenthümlichkeiten. Die folgende

Stachelzellenschicht ist besonders mächtig, wir konnten an manchen Stellen 25—30 Lagen übereinander zählen. Die Grösse und Form der Zellen entspricht der normalen. Auffällig erscheint die starke Entwicklung der intercellularen Brücken beziehentlich Stacheln. Schon an ungefärbten oder mit leicht protoplasmatingirten Schnitten treten sie sehr deutlich hervor. Bei genauerer Betrachtung lässt sich constatiren, dass diese Fäden ausserordentlich lang sind und über mindestens 2—3 Zellen verfolgbar sind. Sie zeigen dabei besonders in den zwischen den Cutisleisten liegenden Einsenkungen Neigung, sich zu parallelgestreiften Bündeln zu vereinigen. Diese Züge laufen hauptsächlich in zwei Richtungen, gegen die Cutis zumeist in senkrechter, gegen das Stratum granulosum und in demselben vorwiegend in horizontaler Richtung. Dadurch entsteht in den oberen Theilen des Rete malpighi eine netzförmige Zeichnung mit fast quadratischen Feldern. Polychromes Methylenblau[1]) und noch besser die durch Kromayer modificirte Weigert'sche Färbung[2]) tingiren die intercellulären Fäden intensiv und liefern sehr prägnante Bilder auch der intracellulären Protoplasmafäden. Auch sie streichen zumeist in horizontaler und senkrechter Richtung und verstärken den Eindruck der sich rechtwinklig kreuzenden Fasern. Hierdurch erinnert das Bild an gewisse Stoffmuster wie Oxford (cf. Fig. 5).

Das Stratum granulosum ist ausserordentlich mächtig, es zählt bis zu 12 Lagen und enthält so bedeutende Massen von Keratohyalin, dass zum Beispiel an mit Hämatoxylin gefärbten Schnitten die Kerne dieser Schicht grösstentheils bedeckt werden. In der ganzen Schichte sind übrigens die Protoplasmafasern, namentlich die intercellulären in ähnlich mächtiger Weise entwickelt wie im Rete Malpighi. Zwischen Stratum granulosum und der mächtig aufgethürmten Hornzellenschichte findet sich eine meist 2—3 Zellagen starke Epithelschichte, welche keratohyalinfrei ist, noch tingible Reste der Protoplasmafaserung zeigt und sich gegen verschiedene Farbstoffe anders verhält als die übrige Hornschichte. Ihre Zellen zeigen linsenförmigen Querschnitt, verhornten Zellmantel, meist eingeschrumpften oder fehlenden

[1]) Unna. Monatshefte für Dermatologie. Bd. XIX. 1894. p. 278.
[2]) Kromayer. Archiv f. mikroskopische Anatomie. Bd. XXXIX.

Kern. Ihr Protoplasma nimmt Hämatoxylin und Carmin an, während es durch polychromes Methylenblau nicht tingirt wird. Dieses Stratum, welches seiner Lage nach der Oehl'schen Schicht beziehentlich der basalen Hornschichte entspricht, erweist sich als ausserordentlich eleidinreich[1]) (Fig. 4,*el*). Die darüber liegenden massigen Hornzellenschichten zeigen eine deutliche horizontale Schichtung und verhalten sich gegenüber Färbemitteln analog den dicken Hornzellenlagen der normalen Fusssohlenhaut. Ebenso differirt ihr Verhalten gegen Verdauungsflüssigkeiten[2]) bezüglich ihrer Structur etc. in keiner Weise gegenüber der Norm (Fig. 4,C).

Ganz auffallend weichen einzelne fast die ganze Reteschichte bis zur Hornzellenlage einnehmende Partien der Schleimschicht von dem beschriebenen Baue ab. Diese Partien begrenzen sich mit annähernd senkrecht zur Oberfläche stehenden ziemlich scharfen Contouren gegen das übrige Rete und stellen bald schmälere, bald breitere Streifen im senkrechten Durchschnitte dar und kommen ausschliesslich in dem die Leisten bedeckenden Rete vor. Die Breite dieser veränderten Partien beträgt bis zu 0·5 Mm. Durchmesser, sie fallen an fast allen gefärbten Schnitten durch viel hellere Tingirung schon bei Lupenvergrösserung auf (Fig. 4,A). Diese schwächere Färbung ist theils durch geringeres Tinctionsvermögen der zelligen Elemente, hauptsächlich aber durch zahlreiche Lücken zwischen und in den Zellen bedingt. Die Basalschichte hat Zellen, welche in ihrer Textur unverändert aber merklich kleiner sind als normal. Dabei besteht häufig eine Umlagerung in der Art, dass Zelleiber und Zellkern nicht wie normaler Weise senkrecht auf der Cutis aufsitzen, sondern entweder parallel zur Oberfläche angeordnet oder zu kleinen cubischen Zellen mit kugeligem Kern umgewandelt sind. Schon in der nächstfolgenden Stachelzellenschichte beginnt jene Veränderung, welche durch das ganze Rete bis zur Grenze der

---

[1]) Das Elcidin liess sich ausser nach Buzzi (Monatshefte für praktische Dermatologie), Bd. VIII, 1889, p. 1, sehr gut darstellen nach dem Verfahren von Dreysel-Oppler. Archiv für Dermatologie u. Syphilis. 1895. Bd. XXX. p. 63.

[2]) Unna. Monatshefte für praktische Dermatologie. 1897. Band XXIV. pag. 1.

Hornschicht sich erstreckt. Während die Basalzellen ziemlich kleine Dimensionen zeigen — ihr querer Durchmesser beträgt nämlich ca. 5—8, ihr verticaler ca. 5—6 μ, der Durchmesser der Kerne ca. 3—5 μ —, nimmt in den nächstfolgenden Stachelzellenlagen das Volumen von Zelle und Kern erheblich zu. So erreichen die Zellen Durchmesser von 10—20 μ, ihr Kern einen solchen von 6—8 μ. In ihrem Protoplasma sieht man regelmässig einen oder mehrere, das Licht völlig durchlassende blasenartige Räume. Vielfach beobachtet man nur einen einzigen den Kern in grösserer oder geringerer Ausdehnung concentrisch umschliessenden Hohlraum. Der Kern ist bei mässiger Grösse dieser Vacuole rund und liegt central, bei erheblicherer Grösse derselben dagegen als flache dünne Scheibe an die Zellwand gedrückt. In manchen Zellen liegt dieser Hohlraum excentrisch vom Kerne. Besteht nur ein einziger innerhalb einer Zelle, so hat er ebenfalls kugelige Gestalt. Erreicht er den Kern, so dellt er denselben je nach seiner Ausdehnung mehr oder weniger halbkugelig ein. Liegen 2 derartige Blasen in einer Zelle sich gegenüber, so wird der dazwischen liegende Kern bisquitförmig zusammengedrückt. Befinden sich noch mehr Vacuolen in einer Zelle, so ist der Kern von verschiedenen Seiten eingedellt und nimmt merkwürdige Formen an, bleibt indessen immer erhalten. Die Structur der Kerne weist nichts auffälliges auf, Theilungsfiguren sind selten zu beobachten. Das Protoplasma dieser Zellen zeigt eine faserige Structur. Die einzelnen Fasern verlaufen ganz unregelmässig theils von einer Zellwand zur anderen, theils von dieser zum Kern. Sie sind manchmal eckig wie geknickt oder nach aussen ausgebuchtet. Sie verlaufen nicht in gleichen Abständen, sondern confluiren, beziehentlich verfilzen sich oft mit anderen Fäden. Sie sind sowohl untereinander als im einzelnen von ungleicher Stärke. Das übrige Protoplasma erscheint feinkörnig getrübt. Die Kromayer'sche Faserfärbung nehmen diese Zellen im Gegensatz zu den Stachelzellen des übrigen Rete so gut wie gar nicht an. Die Wand der Zellen ist deutlich nach aussen begrenzt, an ihrer Oberfläche sind oft zahlreiche distincte Pünktchen, die Ausgangspunkte der Interstitialbrücken zu sehen. Die Interstitialräume zwischen den comprimirten Basalzellen





dieses Rete nahe der Cutisgrenze sind sehr eng, nehmen aber zwischen den folgenden voluminöseren Zellen an Breite rasch zu. Später, sobald in den Retezellen die beschriebenen Vacuolen auftreten, erweitern sich die interstitiellen Räume auf grössere und kleinere Strecken ihres Verlaufes zu blasigen Hohlräumen. Die kleineren sind meist kugelig, die grösseren vielfach nach aussen buchtig beziehentlich alveolenartig. Zumeist 10—20 μ im Durchmesser, erreichen diese Hohlräume manchmal besonders in den mittleren Partien der Retekolben Grössen von 40—50 μ im Durchmesser. Die Interstitialbrücken erkennt man in den wenig erweiterten Interstitien der tiefsten Zellagen als dünne Fäden, welche auf kürzestem Wege von Zelle zu Zelle gehen. Bei stärkerer Ausdehnung der Interstitialräume sind die Fäden gespannt und stark gedehnt. Vielfach sind dieselben zerrissen, geknickt und stellenweise verdickt. Namentlich die abgerissenen Enden zeigen fast stets klumpige und kolbige Verdickungen, die besonders an Durchschnitten manchmal wie Granula erscheinen, in den meisten Fällen sich in die Interstitialfäden übergehend verfolgen lassen. Sie sind von verschiedener Grösse. Die grösseren betragen mitunter mehrere Mikren. Sie sind in einigen Interstitialräumen zahlreicher als in anderen, so dass sie manchmal das Interstitium fast ausfüllen. Das beschriebene Verhalten zeigen auch die Zellen der Körnerschicht, nur dass hier ausserdem in den Zellen Keratohyalin auftritt, wodurch das Bild etwas complicirter wird. Dasselbe ist in diesem Theile des Rete ebenfalls reichlich vorhanden, nur erscheint es in Folge der Vergrösserung der Zellen und in Folge der Erweiterung der Interstitialräume etwas weniger dicht gelagert. Dafür ist das Stratum granulosum hier noch breiter als im übrigen Rete. Gegen die Hornschicht zu hört das Keratohyalin genau wie am übrigen Rete plötzlich auf. Die erwähnten granulösen Verdickungen der abgerissenen Interstitialfäden können bei oberflächlicher Betrachtung leicht mit den Keratohyalingranulis verwechselt werden, unterscheiden sich aber wesentlich von diesen. Sie liegen stets ausserhalb der Zellen, haben rundliche Form und färben sich weniger intensiv als diese. Mit polychromem Methylenblau färben sie sich hellblau, mit alkalischem Alizarinroth hellbraun,

während die Keratohyalinkörner mit der ersten Farbe dunkelviolett, mit der zweiten dunkelroth erscheinen, mit Hämatoxylin-Eisessig-Eosin nehmen die ersteren die rothe Farbe des Eosins, die letzteren die dunkelblaue Farbe des Hämatoxylins an. Mit der Kromayer'schen Epithelfaserfärbung behandelt, entfärbt diese Partie des Rete fast vollständig (Fig. 6).

Die von uns versuchten Färbungen auf Fibrin, Mucin, Hyalin, Kolloid, Amyloid und Glycogen fielen an allen Stellen des Rete negativ aus. Fremdartige Zellen, wie Leukocyten, Wanderzellen, Mastzellen liessen sich nirgends im Rete nachweisen.

Die Zellen des Stratum lucidum über den veränderten Retepartien erscheinen blasig aufgetrieben, enthalten keine Kernreste. Die Epithelfaserung fehlt gänzlich. Der Protoplasmamantel ist vollständig verhornt. Auch diese Stellen enthalten reichliche Mengen von Eleidin (Fig. 4,*el*).

Die breitesten derartig veränderten Retepartien erscheinen der Länge nach durch einen Zellstrang genau getheilt, der alle Färbemittel gut annimmt und durch seine intensivere Färbung von der schwächer gefärbten Umgebung lebhaft absticht. Bei genauerer Betrachtung erweist sich dieser Strang als der im Rete liegende Ausführungsgang einer Schweissdrüse. Bei Durchmusterung aufeinanderfolgender Schnitte lässt sich feststellen, dass die beschriebene Veränderung in Form eines cylindrischen Mantels diese Ausführungsgänge umgibt und die schmäleren ungetheilten Partien lediglich peripheren beziehentlich excentrischen Abschnitten dieses Cylinders angehören, in welchen der central gelegene Schweissdrüsengang nicht getroffen wurde. Die Gänge selbst sind leicht gewunden, was ihre Structur anlangt, völlig normal. Kerne und Protoplasma der concentrisch um das Lumen angeordneten Epithelzellen haben ein völlig normales Aussehen, im besonderen zeigen sie keine Spur von Vacuolen. In der Mitte des Rete enthalten die Gangepithelien in der Nähe des Lumens Keratohyalinkörner, auf welche bald nach der Hornschicht zu deutliche Hornzellen folgen (Fig. 4 A, Fig. 6).

Es geht aus diesem Befunde als Thatsache hervor, dass alle Schichten der Epidermis an Mächtigkeit der Norm gegenüber bedeutend zugenommen haben. Die Entwicklung der



Retezellen bis zum Hornplättchen macht aber im Einzelnen wie im Ganzen die normalen Phasen durch. Es besteht also keine qualitative Abweichung. Es fehlen alle Zeichen einer entzündlichen Veränderung. Unserer Ansicht nach wäre das vorgefundene Bild am besten als Riesenwuchs der Epidermis aufzufassen, ein Zustand, welcher ganz an den Bau der Epidermis der Fussflächen gewisser Sohlengänger (ursus) erinnert.

Für die Deutung der die Schweissdrüsengänge umgebenden Veränderungen gibt ihre Localisation und das klinisch auffällige Symptom der in allen derartigen Fällen beobachteten Hyperidrosis wohl den besten Hinweis. Es handelt sich offenbar um Imbibition dieses Retetheiles mit Schweiss, der aus den Ausführungsgängen ins benachbarte Rete gelangt und theils die intercellulären Räume oft bis zum Zerreissen der Interstitialbrücken erweitert, theils ins Protoplasma der Zellen eindringt und dort vacuolenartige, kugelige Tröpfchen bildend auftritt. Das Gesammtbild erinnert lebhaft an das des entzündlichen Oedems. Indessen der absolute Mangel irgend welcher sichtbaren oder durch bestimmte Agentien färbbarer Partikel oder gerinnbaren Substanzen im Innern unserer Hohlräume lässt mit Sicherheit jede Art von Exsudation ausschliessen.

Unser klinischer Bericht schliesst sich den früheren eng an. Er ist ein neuer Beleg dafür, dass das Keratoma palmare et plantare hereditarium eine sich von Geschlecht zu Geschlecht forterbende Affection ist, für welche besonders charakteristisch die Häufigkeit ist, mit welcher sie unter den Mitgliedern einer Familie auftritt (im Durchschnitt 50%). Nebenbei bemerkt, ist unser Fall ein Beispiel von Vererbung ausschliesslich durch männliche Mitglieder. Wir haben schon früher bei Erwähnung des Falles von Pendred,[1]) in welchem die Vererbung der Affection hauptsächlich durch die weiblichen Personen stattfindet, genügend hervorgehoben, dass wir ein derartiges Vorkommen für Zufall halten, da das Keratom gewöhnlich die Geschlechter unterschiedslos befällt.

Auffallende Symptome des Keratoma palmare et plantare hereditarium sind vor Allem die ausgesprochene Gleichmässig-

[1]) l. c.

keit und Gesetzmässigkeit, wie wir sie kaum bei einer andern Affection beobachten, und welche die Ursache sind, dass ein Fall dem andern gewissermassen stereotyp gleicht. Wir sehen stets dieselbe Gestaltung der Oberfläche, dieselbe Dicke der Hornschicht, dieselbe scharfe Begrenzung, fast immer das umgebende Erythem, stets die concommittirende Hyperidrose, immer die vollständige Isolirung der Affection auf Handteller und Fusssohlen und schliesslich die constante, allmälige Entwicklung kurz nach der Geburt und zwar nicht nur bei den einzelnen Mitgliedern einer Familie, sondern auch in der gleichen Weise bei denjenigen aller beobachteten Familien, die oft verschiedenen Volksstämmen, Engländern, Franzosen, Nord- und Süddeutschen, angehören. Wir wollen hier hervorheben, dass allerdings Unna, Besnier, Bassaget, Raff[1]) in je einem Falle, wie wir in 2 Fällen auch auf dem Dorsum der Finger und Hände eine schwielenartige Verdickung der Hornschicht fanden. Wir können dieselbe nicht mit dem Keratoma palmare et plantare hereditarium für identisch halten und zwar aus folgenden Gründen: Erstens wird diese Hornbildung in ganz verschiedener Ausbreitung beobachtet, bald nur an einzelnen, bald an allen Fingern, bald fingerhutförmig die Nagel- oder auch noch die Mittelphalanx, bald nur die Fingergelenke überziehend, bald herdförmig auf dem Handrücken sitzend, dagegen niemals am Dorsum der Zehen oder des Fusses. Es geht also dieser Affection jede das Keratom sonst auszeichnende Gleichmässigkeit ab. Dann zeigt sich die Affection nur bei Erwachsenen und in unserem Falle erst im späteren Alter und zwar bei solchen, welche grobe Arbeit (Maurerhandwerk) verrichten. Sie braucht sich auch nicht, wie unsere Fälle beweisen, auf die Nachkommen zu vererben. Selbst der erwachsene Sohn und die älteren Mädchen der Familie Hofmann zeigen noch keine Spur dieser Localisation. Schliesslich ist der, wenn auch kurze mikroskopische Befund Raff's geeignet, uns zu überzeugen, dass es sich hier um eine einfache, durch keine besonderen Merkmale sich auszeichnende Schwielenbildung handelt.

---

[1]) l. c.

Auch unser histologischer Befund steht mit Thost's früheren Angaben nicht in Widerspruch. Uebereinstimmend mit uns beobachtet er die bedeutende Zunahme des Rete besonders im Bereiche des Stratum granulosum und die Vergrösserung der Papillen. Die Masse derselben sind mit den unsrigen vollkommen übereinstimmend. Thost bemerkt nebenbei, dass die Papillenspitzen sämmtlich nach einer Richtung hin geneigt seien und Unna bedauert das Fehlen der Angabe, ob diese Neigung nach dem Centrum des Keratoms oder nach der Grenze gegen das Gesunde zu stattfände. Wir finden, dass im allgemeinen eine Neigung der Papillenspitzen gegen die schweissimbibirten Stellen des Rete besteht (Fig. I). Dagegen berichtet Thost nichts über die besondere Structur des Rete in der Umgebung der Schweissdrüsenausführungsgänge. Es ist dies vielleicht eine Folge seiner eigenthümlichen Schnittführung, die nicht wie bei uns quer zu den Cutisleisten, sondern genau in der Richtung derselben verlief. An solchen Schnitten konnte ihm der auffällige Unterschied zwischen dem Rete über den Cutisleisten und denjenigen über den Reteeinsenkungen, wie er an unseren Schnitten sofort in die Augen springt, sehr leicht entgehen. Oder aber es ist die bei unserem Falle ausgeprägte Schweissinfiltration des Rete überhaupt ein schwankender Zustand, der nur zu Zeiten stärkerer Secretion sich ausbildet und dann wieder schwinden kann.

Mit dem Keratoma palmare et plantare hereditarium werden oft jene Anomalien der Hornbildung für identisch gehalten, welche ebenfalls in Familien erblich auftreten, und welche auch die Handflächen und Fussohlen ergreifen können.

Zu diesen gehören die von Neumann[1]) auf der dalmatinischen Insel Melada beobachteten Fälle. Bei diesen Personen sind gleichfalls Handteller und Fusssohlen in ganz ähnlicher Weise wie bei Keratoma palmare et plantare hereditarium befallen. Ausserdem aber sind die Extremitäten besonders an den Streckseiten „von circumscripten entweder kleineren, rundlichen oder grösseren, schlangenförmig gewundenen, scharf contourirten Herden eingenommen". Diese eigen-

[1]) Neumann. Ueber das Keratoma hereditarium. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1898 Bd. XLII., p. 167.

artige Localisation, das Fehlen einer Angabe, ob die Veränderungen an den Extremitäten sich constant vererben, ob dieselben gleichfalls eine Hyperidrose zeigen etc., sowie der Mangel einer histologischen Untersuchung machen einen genaueren Vergleich mit unseren Fällen unmöglich. Man erhält aber dennoch den Eindruck, dass es sich bei der Krankheit auf Melada um eine anderweitige, eigenthümliche Affection (eine Nävusform?) handle.

Weiter ist hierher die Ichthyosis zu rechnen und zwar diejenige, welche an Handflächen und Fusssohlen auftritt. Denn ein Vergleich mit der Ichthyosis an sich, kann leicht den Einwurf zur Folge haben, dass diese Affection an den genannten Körperstellen einen etwas anderen Charakter habe. Gerade in den bekannteren Lehrbüchern wird die Annahme vertreten, dass das Keratoma palmare et plantare hereditarium nur eine sogenannte „locale Ichthyosis"[1]) darstelle. Indessen ganz im Gegensatz zum erblichen Keratom der Hand- und Fussflächen erbt sich die Ichthyosis an diesen Körperregionen — deren Vorkommen auf Grund der im folgenden erwähnten Krankheitsberichte nicht zu bezweifeln ist — sehr selten auf die Nachkommen. Befallene Individuen haben fast regelmässig Eltern und Voreltern, die an einer gewöhnlichen Form der Ichthyosis leiden und dabei normale Handflächen und Fusssohlen haben.[2]) Weiterhin zeigt die Ichthyosis an diesen Stellen ein viel ungleichmässigeres Aeussere wie das Keratom, indem sie wie am Körper in verschiedenen Formen und Graden auftritt. So sind Handflächen und Fusssohlen oft nur von einer auffallenden Derbheit[3]) oder Rauhigkeit[4,5]) oder sie zeigen neben der Verdickung der Hornschicht eine deutliche Abschilferung,[6]) Fälle, die an eine einfache Ichthyosis erinnern, oder Formen stär-

[1]) Kaposi. Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1898.

[2]) Cf. die elf folgenden Berichte.

[3]) Duckworth: Transact. of the chlinical Societ. of London 1872, Bd. VIII, p. 52.

[4]) Pickels: Edinbourg Journal, Oct. 1851, ref. Schmidts Jahrbch. Bd. LXXIX, p. 51, 1853.

[5]) Morris: British medical Journal of Dermat. Sitzung der dermatologischen Gesellschaft zu London vom 12. Juni 1895.

[6]) Thibierge: Annales de Dermatologie et de Syphiligr. Serie III, Bd. III, 1892, p. 717.



kerer Verhornung, eine pergamentartige Beschaffenheit[1]) oder ein marienglasartiges Aussehen[2]) (Ichthyosis nitida). Oder es finden sich noch intensivere Grade, wobei Handflächen und Fusssohlen von dichten, schwieligen,[3]) warzigen,[4]) stachel-[5]) oder borstenförmigen[6]) Horngebilden besetzt sind (Ichthyosis hystrix). Die Dicke der ichthyotischen Hornschicht an palma und planta ist sehr verschieden. Während dieselbe in den schwächeren Graden die Norm nur unbedeutend überschreitet. erreicht sie in den stärkeren die Dicke von $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ Cm.,[3-6]) im Falle Duprès-Mosny sogar diejenige von 9 Cm.[7])

Die Begrenzung der Ichthyosis an palma und planta ist bei vorstehenden Fällen gewöhnlich nicht so scharf wie beim erblichen Keratom dieser Regionen, sondern nur dann deutlich, wenn das Dorsum der Hände und Füsse erheblich schwächer oder gar nicht von Ichthyosis befallen ist. Eine erythematöse Randzone fehlt gewöhnlich.

Auch Ausbreitung und Symmetrie verhält sich anders. Hardy,[8]) der die Ichthyosis palmaris et plantaris sehr treffend schildert, sagt, dass dieselbe nicht immer Handteller und Fusssohlen gleichzeitig befalle, sondern oft nur die einen oder die anderen. Vielfach sind auch die ersteren stärker, die letzteren schwächer afficirt[9]) oder umgekehrt.[10]) Manchmal ist die Handfläche nur unvollständig ergriffen.[11])

---

[1]) Nayler: British medical Journal. Sitzung der dermatologischen Gesellschaft vom 18. Juni 1870.

[2]) Lode: Jahrbuch der Kinderheilkunde Mai—Juni 1851.

[3]) Kaposi: K. k. Gesellschaft der Aerzte, Wien, Sitzung vom 25. Nov. 1892, Annales de Dermatologie et de Syphiligr., Bd. IV, p. 308.

[4]) Tommasoli: L'Histopathologie et la pathogenèse de l'Ichthyosis Annales de Dermatologie et de Syphilis, 1893, Serie III, p. 553.

[5]) Bögehold: Virchow's Archiv Bd. LXXIV, p. 545, 1880.

[6]) Joseph: Monatshefte für praktische Dermatologie, Bd. XXIV, p. 394, 1898 und Schourp: Dermatologisches Centralblatt 1897, p. 242.

[7]) Duprès-Mosny: Annales de Dermatologie et de Syphiligr. Serie III, Bd. V, p. 1361.

[8]) Hardy: Traité des maladies de la peau. Paris 1886.

[9]) Lacroix-Audry: Note sur un cas de Keratodermie symmétrique, Lyon Thèse Nr. 39.

[10]) Tommasoli: l. c.

[11]) Crocker: Transact of the skin Society XII, 1879, p. 181, ref. Schmidt's Jahrbücher, Bd. CLXXXVI, p. 32.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zwischen beiden Affectionen besteht darin, dass die Ichthyosis palmaris et plantaris eine bedeutende Verminderung oder eine vollständige Aufhebung der Schweisssecretion an Handflächen und Fusssohlen zur Folge hat. Typisch und gleichzeitig wichtig — indem man bei solchen Patienten, wenn sie schwitzen, genau darauf achten soll, von welchen Stellen sie Schweiss abscheiden — ist die Beobachtung von Lacrois-Audry. Wenn nämlich der Patient intensiv schwitzte, so konnte der Verfasser an normalen Stellen, sogar dicht in der Nähe der ichthyotischen Stellen, so an den nicht befallenen interdigitalen Flächen der Zehen eine intensive Schweissabsonderung feststellen, während die ichthyotischen Handteller und Fusssohlen nicht die geringste Spur eines Schweisströpfchens producirten. In Folge dieser verminderten Secretion fühlen sich die ichthyotischen Hand- und Fussflächen auffallend trocken, derb, spröde und rauh an.[1])

In den meisten Fällen besteht die Ichthyosis auch am übrigen Körper in grösserer oder geringerer Ausbreitung und mit grösserer oder geringerer Intensität.[2]) Hardy[1]) behauptet, dass die Ichthyosis auch ohne gleichzeitiges Vorkommen an der übrigen Hautdecke als reine palmaris et plantaris mit den früher erwähnten Symptomen bestehen kann. Als solche Fälle sind vielleicht diejenigen von Azua[3]) und Jacobi[4]) anzusehen, da diese ausserdem ein Verhalten zeigen, welches auch sonst bei Ichthyosis nicht selten ist,[5]) nämlich ein mehr oder weniger vollständiges Abfallen der ichthyotischen Auflagerungen zu bestimmten Zeiten, besonders im Sommer.

Auch der Beginn der Affection zeigt eine viel geringere Gesetzmässigkeit als der des Keratoma palmare et plantare hereditarium.

---

[1]) Hardy, siehe Seite vorher.

[2]) siehe Seite 21 und 22.

[3]) Azua: Un caso de Keratodermia simetricas congenitas y hereditarias (Rivista clinica de los hospitales Madrid 1891, p. 38, Annales de Dermatologie et de Syphiligr. III. Serie, Bd. III, p. 871.

[4]) Jacobi: Ichthyosis palmaris et plantaris cornea familiaris. Dissertation, Erlangen 1896.

[5]) Lesser: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1892, p. 220.

Manchmal war die Ichthyosis schon bei der Geburt zu bemerken,[1]) in anderen Fällen trat sie nach Monaten[2]) oder Jahren[3]) auf.

Eine histologische Untersuchung dieser Fälle wurde von Duprès-Mosny[4]) an der Hand, beziehentlich am Rande derselben, in der Nähe der Tabatière, von Bögehold[4]) direct von der Fussfläche vorgenommen. Der hauptsächlichste Befund war eine bedeutende Verschmälerung des Rete Malpighi, welches in Bögehold's Falle nur zwei Zellagen betrug und eine dementsprechende hochgradige Reducirung des Keratohyalins. Eine weitere Beobachtung, die an Schnitten von ichthyotischer Handteller- und Fusssohlenhaut gemacht wurde, existirt noch von Giovannini.[5]) Dieser Fall ist nur den vorhergehenden insofern nicht völlig gleich, als die Ichthyosis hier mit einer eigenthümlichen Hypertrophie der Schweissgänge complicirt war. Auch in diesem Falle ist das Rete Malpighi von höchstens normaler Breite, meistens verdünnt. An der Fusssohle zeigen ausserdem die Retezellen sowie diejenigen der Schweissgänge im Rete um den Kern ein geringfügiges perinucleäres Oedem und zwar durch die ganze Schleimschicht in gleichmässiger Weise. Im übrigen fehlt dem Rete jede Besonderheit.

Sowohl die klinischen Symptome als die histologischen Merkmale beweisen, dass die Ichthyosis auch an Handflächen und Fusssohlen genau ihren Charakter bewahrt. Was speciell das Rete Malpighi anlangt, so zeigen wohl selten 2 Affectionen hochgradigere Unterschiede, wie die Ichthyosis und das Keratoma hereditarium der Flachhände und Fusssohlen.

Unna[6]) erklärte seinerzeit das Keratoma palmare et plantare hereditarium als ein diffuses Hauthorn. Indessen steht dieser Annahme gegenüber, dass das Hauthorn meist im späteren Alter entsteht, nicht hereditär ist, dass seine Prädilectionsstellen keineswegs Handteller und Fusssohlen sind,

---

[1]) Duckworth, Lacroix-Audry: l. c.
[2]) Duprès-Mosny, Bögehold, Joseph-Schourp: l. c.
[3]) Morris, Tommasoli: l. c.
[4]) Duprès-Mosny, Bögehold: l. c.
[5]) Giovannini: Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. XXVII, p.3.
[6]) Unna: l. c.

dass von einer Neigung zum Schwitzen nichts bekannt ist, dass es vielmehr auch an Stellen auftreten kann, wo überhaupt keine Schweissdrüsen existiren etc. Ebenso zeigt auch die Histologie des Hauthorns nach Unna's eigenen Angaben[1]) einen durchaus anderen Charakter. „Bei jungen Hauthörnern besteht anfänglich eine Verbreiterung des Rete bedingt durch Vermehrung der Stachel- und besonders der Körnerzellen, die vollständig normal sind, bei älteren Hauthörnern tritt dann eine Verschmälerung des Rete ein, indem Stachel- und Körnerzellen theils schwinden, theils degeneriren, wobei ausserdem die Structur des Hornes eine ganz besondere, gewissermassen specifische ist."

Ebensowenig ist das Keratom zu den Hornnävis, beziehentlich zu den ichthyosiformen Nävis, denen Neumann[2]) dasselbe seiner „Entstehung und seinem Charakter wegen gleich setzt", zu rechnen. Allerdings können dieselben auch an Handflächen und Fusssohlen auftreten, aber wie am übrigen Körper, meist herd- oder strichförmig[3]) und ohne die besonderen Merkmale des Keratoms, wie Vererblichkeit, Hyperidrose etc. zu besitzen. Auch ihr histologisches Bild, welches wir aus den Untersuchungen Jadassohn's[3]) kennen, ist ein völlig anderes. „Ihr im übrigen keine besonderen Merkmale aufweisendes Rete schickt zahlreiche Ausläufer in die Cutis und bildet so ein System von verschieden starken und unregelmässig verlaufenden Epithelsträngen, an welchen sich auch zapfen- und knopfförmige Wucherungen der Follikel betheiligen, während ein Theil der Stränge im Papillarkörper sich in Cysten umwandelt, die mit hornigen Massen erfüllt sind."

Durch ihr klinisches Verhalten kommt dem Keratoma palmare et plantare hereditarium Besnier's[4]) „Keratodermie symmetrique palmaire et plantaire" in gewisser Beziehung sehr nahe, da sie sich ausschliesslich an Flachhänden und Fusssohlen symmetrisch entwickelt, durch ein dickes Hornlager, ein dasselbe umgebendes lebhaftes Erythem, sowie durch eine

[1]) Unna: Histopathologie der Hautkrankheiten 1896.

[2]) Neumann: l. c.

[3]) Werner-Jadassohn: Archiv für Dermatologie und Syphilis 1895, p. 1: Zur Kenntniss der systematisirten Nävi.

[4]) Besnier: Atlas seltener Hautkrankheiten. 1889. Heft 2.

gleichzeitige Hyperidrose auszeichnet. Sie unterscheidet sich aber wesentlich vom Keratom dadurch, dass sie herdförmig beginnt und zwar in jedem beliebigen Alter und nicht hereditär ist.

Einen dieser acquirirten abnormen Hornbildung klinisch recht ähnlichen Fall, allerdings nur an den Fusssohlen, hatten wir Gelegenheit zu beobachten.

Frau B., 22 Jahre alt, gab an, dass ihr recht schmerzhaftes Fussleiden vor einem halben Jahre begonnen habe und zwar an der Ferse des linken Fusses, wo sich eine kappenartige Verhornung gebildet habe. Etwas später sei ein gleicher Herd auf derselben Stelle am rechten Fusse aufgetreten. Darauf seien auch die Zehenballen in gleicher Weise befallen worden. Diese Herde vergrösserten sich allmälig und nahmen schliesslich die ganze Fusssohle ein. Seit Beginn der Affection schwitzten beide Fusssohlen sehr stark. Die Affection hatte schon einmal vor einigen Jahren bestanden und war damals vollständig wieder geschwunden. Sie zeigte denselben Verlauf und die gleichen Erscheinungen. Zur Zeit unserer Beobachtung bestand an der Planta jedes Fusses eine starke Verdickung der Hornschicht von ca. $^1/_2$—1 Cm. Durchmesser, die beim Auftreten Empfindung verursacht. Die Hornmasse ist von zahlreichen Rissen und Sprüngen durchsetzt. Sie nimmt die ganze Fläche der Planta pedis und der Zehen ein, endet aber etwas weniger scharf und gleichmässig am Fussrande, wie das Keratoma. Die Affection ist von einer lebhaften, auf Fingerdruck völlig verblassenden Röthung umgeben, die etwa 1 Cm. im Durchmesser hat. Die Fusssohlen fühlen sich feucht an und schwitzen stark. Der übrige Körper, auch die Flachhände, sind vollkommen frei, unter den Blutsverwandten existirt kein ähnlicher Fall. Die histologische Prüfung dieses Falles, welche der früheren beim Keratoma palmare et plantare hereditarium ausgeführten genau entspricht, lässt folgenden Befund erkennen.

Die Cutis ist wenig verändert, abgesehen von den Gefässen, die etwas erweitert sind und in deren Nähe besonders im Papillartheile zahlreiche Wanderzellen und einzelne Leukocyten vorhanden, während Mastzellen selten sind. Die Papillen sind nicht verlängert. Im Rete, dessen Tiefendurchmesser an senkrechten Schnitten ca. 0·2—0·3 Mm. beträgt, zeichnen sich die Stachelzellen durch besondere Form aus. Dieselben sind durchgehends in verticaler Richtung von bedeutend grösserem Durchmesser als im horizontalen, dementsprechend ist der Kern oval und längsgestellt. Diese Form ist den Retezellen von der Basalschicht bis zur Körnerschicht eigenthümlich. Nur in der letzten, der Hornschicht anliegenden Lage von Körnerzellen nimmt der senkrechte Durchmesser etwas ab, so dass diese Zellen mehr cubisch erscheinen. Die Stachelschicht ist ungefähr 5—6, das Stratum granulosum 4—5 Zellagen stark. An den Retezellen beobachtet man zumeist einen schmalen, hellen, den

Kern ringförmig umgebenden Hof und zwar sowohl in der Stachel- wie Körnerschicht überall gleichmässig, während er an den Basalzellen fehlt. Dieses Verhalten ist überall im Rete dasselbe, auch in der Nähe der Schweissausführungsgänge, deren Epithelien ebenfalls den erwähnten perinucleären Hof zeigen. In diesem Hofe sieht man öfters feine vom Kern zum Protoplasma ziehende Fibrinfäden oder gerinselartige -Bröckchen. Das Protoplasma zeigt sonst nirgends eine auffällige Structur. Die Interstitien zwischen den Zellen sind weiter als normal, aber überall gleichmässig erweitert. Die Interstitialbrücken sind überall deutlich sichtbar, fein und glatt und verbinden die einzelnen Zellen auf kürzestem Wege. Eine Verlängerung der Stacheln lässt sich auch mit Kromayer's Methode nicht nachweisen. Dagegen ist das Rete fast in gleichmässiger Weise von zahlreichen Wanderzellen durchsetzt. Dieselben fallen durch ihr intensives Färbevermögen, durch ihre Lage in den Interstitialräumen, sowie durch ihre unregelmässige Gestalt, welche oft die mannigfachsten, eckigen oder sternförmigen Figuren zeigt, auf. An den Schweissdrüsen und ihren Ausführungsgängen lässt sich im übrigen nichts Abnormes nachweisen. Die Hornschicht zeigt ausser ihrer Dicke keine Besonderheiten.

Es handelt sich in diesem Falle nicht nur klinisch, sondern auch histologisch um einen entzündlichen Process, an dem hauptsächlich das Rete Malpighi betheiligt ist. Dafür sprechen die Anwesenheit der Wanderzellen, das durchgehends vorhandene interstitielle und perinucleäre Oedem des Rete. Bemerkenswerth ist diese Affection dadurch, dass sie auf die Wachsthumsrichtung der Stachel- und Körnerzellen einen merkwürdigen Einfluss ausübt.

Diese histologische Untersuchung beweist, dass in diesem Falle ein ätiologisch, ganz anders aufzufassender Process der Hornanomalie besteht als beim Keratoma palmare et plantare hereditarium. Es liegt gewissermassen in der Natur jeder übermässigen Hornbildung begründet, dass sie einer anderen, auch wenn sie ätiologisch nicht das Geringste miteinander zu thun haben, doch in ihrem Aeusseren mehr oder weniger ähnlich, beziehentlich, dass sie einzelne Symptome mit derselben gemeinsam haben kann.

Wir wollen hierbei nur daran erinnern, das auch Lichen ruber,[1]) Psoriasis vulgaris,[1]) Syphilis[1]) und die chronische Arsenintoxication[2]) an Flachhänden und Fusssohlen dem Kera-

[1]) Kaposi. Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1898.
[2]) Nielson. Monatshefte für prakt. Dermatol. 1897. Bd. I. p. 137.



toma palmare et plantare hereditarium sehr ähnliche Hornschichthypertrophien produciren können. Indessen die genaue Kenntniss dieser Affectionen verbietet uns als selbstverständlich sie miteinander oder mit unserem Keratom für gleichartig zu halten.

Wir wissen, dass diese Krankheiten im Gegensatz zum Keratoma palmare et plantare hereditarium entweder überhaupt nicht hereditär sind, oder wenn es der Fall ist, sich niemals rein local in gleicher Form an Flachhänden und Fusssohlen vererben, dass sie nur in seltenen Fällen ausschliesslich diese Regionen befallen, gewöhnlich in irgend einer für die betreffende Affection typischen Form auch am übrigen Körper vorhanden sind, dass die von ihnen hervorgerufene übermässige Hornbildung an Flachhänden und Fusssohlen niemals in sämmtlichen Symptomen mit dem Keratoma palmare et plantare hereditarium übereinstimmt; weiter, dass Ursache, Beginn und Verlauf dieser an Flachhänden und Fusssohlen bestehenden Krankheitsformen ein anderer ist und schliesslich, dass die histologische Structur für die betreffenden Krankheiten eine bezeichnende, vom Keratom durchaus verschiedene ist.

Diese Gründe sind genau dieselben, welche uns zwingend veranlassen, das Keratoma palmare et plantare hereditarium von der Ichthyosis, dem Cornu cutaneum, den ichthyosiformen Naevis etc. zu trennen.

Weder mit diesen noch mit jenen Affectionen hat das Keratoma palmare et plantare hereditarium etwas zu thun, sondern es ist ein Leiden selbständiger Natur. welches mit Recht einen eigenen Namen führt.

Seinem verehrten Chef, Herrn Prof. Dr. Gustav Riehl, ist der Verfasser für seine freundliche Unterstützung und Anregung der vorliegenden Arbeit zu Dank verpflichtet.



Erklärung der Abbildungen auf Taf. I—IV.

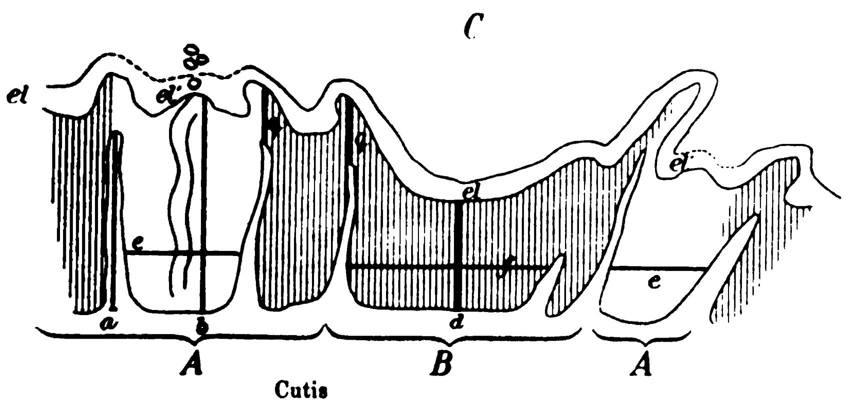
Fig. 1. Hand der 13jährigen Selma Hofmann.

Fig. 2. Fussfläche des 18jährigen Richard Hofmann, von welcher das histologisch untersuchte Stück herrührt.

Fig. 3. Bild des 4jährigen Bernhardt Hofmann.

Fig. 4. Senkrechter Durchschnitt durch das Keratoma palmare et plantare hereditarium. Färbung modificirt nach Dreysel-Oppler. Schwache Vergrösserung. *A*, schweissimbibirtes Rete der Cutisleisten (schraffirter Theil); *B*, nicht imbibirtes Rete Malpighi (nicht schraffirter Theil; *a*, *b*, *d* und *g* Höhen-, *e* und *f* Tiefenabstände.

Hornschicht.



Schema zu Fig. 4 mit eingezeichneten Höhen- und Tiefenabständen.

Fig. 5. Partie aus Rete *B*, Stachelschicht. Färbung nach Kromayer. Starke Vergrösserung.

Fig. 6. Partie aus Rete *A* mit theilweise sichtbarem Schweisscanal. Färbung mit polychromem Methylenblau nach Unna. Starke Vergrösserung.



Fig 1



Fig. 2.

Vörner: Zur Kenntniss des Keratoma hereditarium palmare et plantare.



Fig. 3.

Vörner: Zur Kenntniss des Keratoma hereditarium palmare et plantare.

Fig. 4.

Vörner: Zur Kenntnis des Keratoma hereditarium palmare et plantare



Fig. 5.

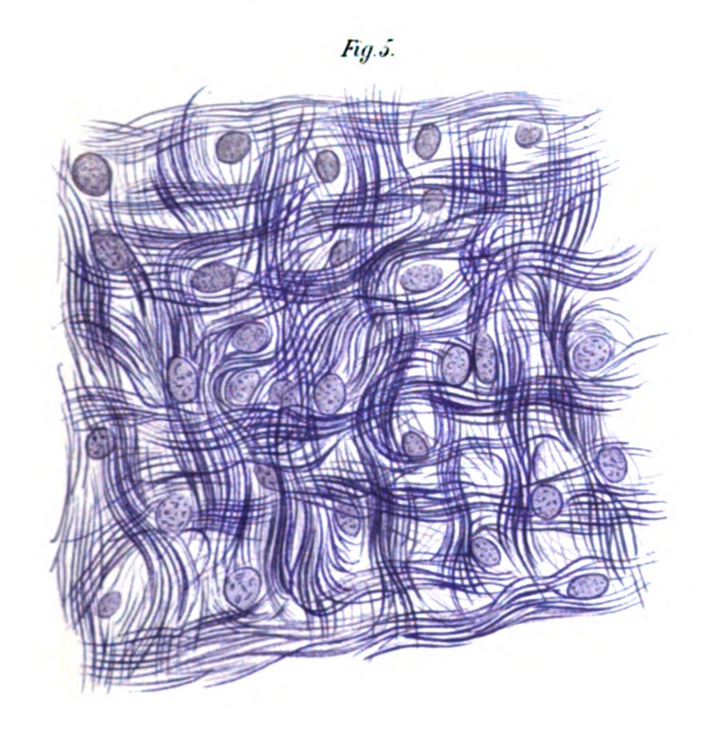
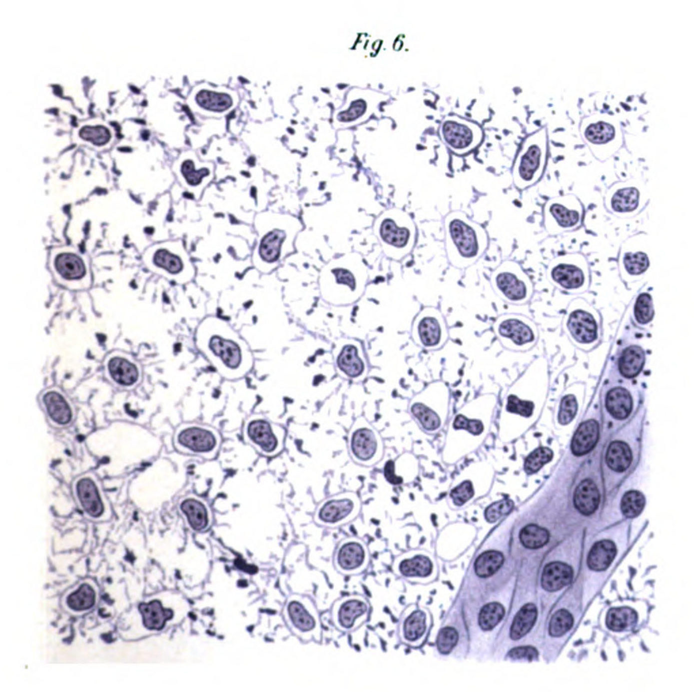


Fig. 6.



Vörner: Zur Kenntnis des Keratoma hereditarium palmare et plantare



Aus der dermatolog. Klinik der königl. Universität in Turin.

Experimente über die Desinfection von Wunden, welche mit Eiter von Ulcus molle inficirt wurden.

Von

Prof. S. **Giovannini.**

I.

Ich habe mir das Studium der Frage vorgenommen, ob und unter welchen Bedingungen es möglich ist. mit einem der heute gebräuchlichen antiseptischen Mittel eine flache Wunde zu desinficiren, welche mit dem Eiter des Ulcus molle inficirt worden war. Diese Frage besitzt in Rücksicht auf die Prophylaxe dieser Erkrankung offenbar eine gewisse Bedeutung.

Anlässlich dieses Studiums dürfte es vortheilhaft sein daran zu erinnern, dass Ricord[1]) bereits Versuche über die Einwirkung folgender Substanzen auf den Eiter des venerischen Geschwüres angestellt hat: Säuren (Schwefelsäure, Salpeter-, Salz- und Essigsäure) und alkalische Caustica (Kali, Natron, Ammoniak) in schwacher Concentration; reine Chloride, Alkohol, Wein, concentrirtes Tannindecoct. Er vermischte den Eiter mit einer von diesen Substanzen und überimpfte die Mischung. Das Resultat war immer negativ; während bei demselben Individuum die Ueberimpfung mit dem genuinen Eiter immer die Pustel erzeugte, blieb dieselbe mit dem vermischten Eiter stets ohne Erfolg.

[1]) Ph. Ricord. Traité pratique des maladies vénériennes. Bruxelles. 1838. pag. 92.

Später hat Rollet[1]) ausser mit den obgenannten Substanzen noch mit Citronensäure, Eisenvitriol, Ammoniak und Kaliumchromat experimentirt. Dabei befolgte er jedoch eine andere Methode als Ricord: er versetzte die Spitze einer Lanzette mit dem Eiter und machte damit einen Einstich unter die Epidermis; über diese Einstiche legte er einen Bauschen, welcher mit der wässrigen Lösung einer der genannten Substanzen getränkt war; die Lösungen besassen eine hinlängliche Concentration, waren jedoch so schwach, dass sie die Epidermis nicht verletzten. Auf diese Art kam der Autor zu der Schlussfolgerung, dass alle diese genannten Substanzen im Stande wären die Entwickelung der Pustel zu verhüten, wenn sie nur genügend lange Zeit (mindestens 2 Stunden) auf dem Einstiche belassen würden, und dies selbst dann noch, wenn die Application 2, 4, 6 und sogar 12 und 24 Stunden nach der Ueberimpfung erfolgte.

In jüngerer Zeit meinte Krówczýnski,[2]) nachdem er sich versichert hatte, dass der Eiter des venerischen Geschwüres alkalische Reaction besitze, die wirksame Flüssigkeit müsse saure Reaction zeigen; in dieser Ueberzeugung experimentirte er nun mit Wasserstoffsuperoxyd, welches er durch Zusatz von 1% Salzsäure sauer gemacht hatte; dabei hielt er sich an die Ricord'sche Methode: er scarificirte die Haut des Vorderarmes an drei, seltener auch an zwei Stellen, und brachte den mit in der obengenannten Weise sauer gemachten Wasserstoffsuperoxyd vermischten Eiter darauf. Bei 15 Fällen hatte der Autor in dieser Weise experimentirt; 14 davon ergaben ein negatives Impfresultat, es entwickelte sich bei ihnen kein Ulcus molle. Bei 14 anderen Fällen bei denen der Controle wegen die Ueberimpfungen in ganz gleicher Weise aber mit reinem Eiter ausgeführt worden waren, entwickelte sich constant ein venerisches Geschwür.

Die von mir angestellten Versuche unterscheiden sich von denen der genannten Autoren in zweifacher Richtung:

---

[1]) Rollet. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Paris 1874. vol. XV, pag. 271.

[2]) Z. Krówczýnsky. Experimente über prophylactische Behandlung der Syphilis. Ergänzungshefte zum Arch. f. Dermatologie u. Syph. 1893. pag. 71.

erstlich einmal, weil ich, wie aus dem Folgenden ersichtlich sein wird, dabei eine andere Methode befolgte; und zweitens weil ich mit Ausnahme der Krówczýnski'schen Mischung ganz andere Substanzen auf den Geschwürseiter einwirken liess.

Ob nun die Uebertragbarkeit des venerischen Geschwüres auf Thiere überwiesen ist oder nicht, meine Versuche konnten, so wie die der obengenannten Autoren, nur am Menschen ausgeführt werden. Aber es war, wie man sich wohl denken kann, nicht immer leicht, Individuen zu finden, welche einerseits für die Versuche günstige Bedingungen boten, andrerseits sich aber auch zu den Versuchen hergaben; in Folge dessen konnten dieselben, obzwar bereits seit dem Jahre 1895 begonnen, nur in einer verhältnissmässig geringen Zahl durchgeführt werden. Auch ging es nicht an, dieselben Versuche mehrmals zu wiederholen oder die Versuchsbedingungen abzuändern, was zweifellos von Vortheil gewesen wäre.

II.

Gelegentlich will ich noch einer Versuchsreihe gedenken, welche denselben Gegenstand betrifft und von mir bereits veröffentlicht wurde,[1]) und dann, an passender Stelle die noch nicht veröffentlichten neuerlichen Ergebnisse und Einzelheiten hinzufügen; dieser Vorgang wird uns die nothwendigen Vergleiche mit den neueren Untersuchungen, sowie auch deren Interpretation ermöglichen.

Den Personen, theils Männer, theils Weiber, welche sich zu diesen Versuchen darboten, wurden die Wunden in der Mehrzahl der Fälle an der Innenfläche der Oberschenkel ungefähr in deren mittleren Drittheil, beigebracht. In den meisten Fällen wurde an jedem Oberschenkel je eine Wunde angelegt, so dass ein Individuum für zwei Versuche diente. Nur selten wurden die Wunden am weiblichen Genitale gesetzt, und da

[1]) S. Giovannini. Il valore del sublimato come preservativo dell' ulcera venerea. Giorn. ital. delle-mal. ven. e della pelle. 1876. p. 669.

Idem. Ueber das Desinfectionsvermögen des Chinosols. Deutsche med. Wochenschrift. 1897 n. 37.

Idem. Tentativi di disinfezione di ferite infette con pus di ulceri veneree per mezzo del sapone comune. Gazzetta med. di Torino. 1898. pag. 881.

vornehmlich an der einen oder anderen Stelle der grossen Lippen. (Tab. V, Versuch 1; Tab. VI, Versuch 1—4.)

Die Wunden wurden theils in Lappenform, theils als Excoriationen angelegt; die ersteren in der Weise, dass mit dem Bisturi in querer Richtung ein ganz dünner nach oben gerichteter Hautlappen geschnitten wurde, und die letzteren in der Weise, dass man die Haut so lange in leichter Weise abschabte, bis das Derma sichtbar wurde. Sofort nach Setzung der Wunden wurden dieselben mit dem Eiter der venerischen Geschwüre inficirt, mit denen dieselben Individuen behaftet waren, wobei ich mich einer Sonde bediente, welche an einem Ende in ein höchstens drei Millimeter langes Spatel ausging. Mit diesem Spatel wurde vom Grunde des Geschwüres möglichst viel Eiter gesammelt, wobei wir wohl darauf achteten, jede Blutung zu vermeiden, und der Eiter dann auf die Wunde gebracht; in der Regel pflegten wir den Eiter wiederholt auf die Wunde aufzudrücken, was gewöhnlich 8—15mal bei jeder Wunde geschah.

Bei einer gewissen Zahl von Fällen setzte ich an jedem Oberschenkel je eine Verletzung, von denen die eine zum Experimente, die andere zum Vergleiche diente; als sich aber später die Zahl der geeigneten Individuen als recht spärlich erwies, wurden beide Wunden zu den Versuchen benützt. Die Zahl dieser Controlimpfungen betrug im Ganzen nur 21 (Tab. I); über 18 derselben habe ich bereits in den früheren Publicationen betreffend das Sublimat und das Chinosol berichtet.

In jedem Falle liess ich zwischen dem Zeitpunkte der Infection und dem der Desinfection einen bestimmten Zeitraum verstreichen.

Zuerst untersuchte ich die Wirksamkeit des Sublimates, (Tab. III), da sich dieses eines besonderen Rufes als Keime tödtendes Mittel erfreut und bereits seit langer Zeit als Präservativ gegen das Ulcus molle gelobt wird. Dann ging ich zu dem Chinosol über (Tab. IV), welches als ein gleichkräftiges Antisepticum ausgegeben wurde, ja in gewissen Fällen das Sublimat übertreffen sollte, und da auch behauptet wurde, dass es in seiner Wirkung die Carbolsäure übertreffe, so stellte ich auch einen Vergleich mit diesen beiden Substanzen an.

Später machte ich Versuche mit gewöhnlicher Seife (Tab. V und VI), welcher heute ja der grössere Theil der Autoren eine desinficirende Wirkung zuerkennt. Ich wählte die harte weisse Seife aus Marseille, welche nach ihrer Herstellungsweise in Bezug auf Reinheit und Qualität als eine der besten zu betrachten ist und für Desinfectionszwecke auch am meisten anempfohlen wird.

Das Sublimat, das Chinosol und die Carbolsäure wurden durch langes Kochen in reinem Wasser aufgelöst. Bei dieser Gelegenheit will ich bemerken, dass, wo im Laufe dieser Arbeit nur von „Lösung“ ohne weitere Angaben die Rede ist, es sich um gewöhnliche wässrige Lösungen handelt, und ferner, dass den wässrigen Lösungen von Sublimat der fünfte Theil des Gewichtes dieses Giftes an Kochsalz hinzugefügt ist. Diese Lösungen wurden in Form von Waschungen angewendet, indem sie aus dem Gefässe, in welchem sie sich befanden, aus einer Höhe von 10—12 Cm. über die inficirten Wunden gegossen wurden. Bei der Seife dagegen zog ich den Gebrauch ganzer Stücke vor, indem ich mit diesen und mit gewöhnlichem Wasserleitungswasser eine Einseifung der Wunden in folgender Weise ausführte: die Seife wurde mit Wasser befeuchtet und dann solange gerieben, bis sich genügend Schaum gebildet hatte; dieser wurde dann mit der flachen Hand auf die Wunden aufgestrichen, während dieselben ein Wasserstrahl bald ununterbrochen, bald in Zwischenräumen berieselte. Wir suchten nämlich die thatsächlichen Verhältnisse nachzuahmen, wie sie sich bei einer Einseifung des Körpers in fliessendem Wasser ergeben. Das fliessende Wasser wurde dem in einem Gefässe enthaltenen vorgezogen, um die Möglichkeit einer Reinfection der Wunde durch das Waschwasser auszuschliessen. Ferner ist zu erwähnen, dass die Wunden während der Waschung und Einseifung nicht nur ununterbrochen mit dem Finger sanft gerieben, sondern auch von Zeit zu Zeit ausgedrückt wurden.

Die in dieser Weise ausgeführten Waschungen und Einseifungen übten auf die Wunden genau dieselbe desinficirende Wirkung aus, wie die in den Lösungen enthaltenen chemischen Substanzen, wobei noch die mechanische Wirkung hinzukam. Diese letztere wurde ja nicht nur durch die Reibungen und



Quetschungen, sondern auch durch das Wasser selbst hervorgebracht, das in mehr weniger grosser Menge über die Wunden gegossen wurde. In der That schien mir die Wirkung dieser Factoren allein zu genügen, um die Desinfection der Wunden herbeizuführen; deshalb versuchte ich auch einen Theil der Wunden mit einfachen Waschungen zu behandeln (Tab. II), wobei ich auf die Reibungen und Quetschungen noch grössere Sorgfalt verwendete.

Nachdem ich dies voraus geschickt, bringe ich in den folgenden Tafeln die hauptsächlichsten Angaben über die einzelnen Experimente und die erzielten Resultate.

Tabelle I.

Wunden, mit dem Eiter venerischer Geschwüre inficirt und der Controle wegen sich selbst überlassen.

Fortlaufende Zahl	Wunden		Uebertragener Eiter		Ergebnis	Tag der Umbildung in ein Geschwür	Dauer der Geschwüre in Tagen
	Art	Grösse □ Millimet.	Zahl der Uebertrag.	Ungefähre Menge			
1	Lappenwunde	28	3	wenig	Geschwüre	4.	25
2	ebenso	32	2	viel	Geschwüre	5.	45
3	ebenso	34	3	wenig	Geschwüre	5.	41
4	ebenso	36	2	wenig	Geschwüre	4.	27
5	ebenso	24	4	viel	Geschwüre	5.	28
6	ebenso	20	2	wenig	Geschwüre	5.	30
7	ebenso	28	2	wenig	Geschwüre	5.	86
8	ebenso	22	3	wenig	Geschwüre	5.	44
9	ebenso	30	3	wenig	Geschwüre	5.	47
10	ebenso	42	3	wenig	Geschwüre	4.	35
11	ebenso	22	3	wenig	Geschwüre	4.	21
12	ebenso	30	2	viel	Geschwüre	5.	46
13	ebenso	27	3	wenig	Geschwüre	5.	36
14	ebenso	22	2	wenig	Geschwüre	4.	25
15	ebenso	20	3	wenig	Geschwüre	4.	35
16	ebenso	33	2	wenig	Geschwüre	5.	36
17	ebenso	34	3	wenig	Geschwüre	5.	37
18	ebenso	15	2	wenig	Geschwüre	5.	43
19	Excoriation	14	2	wenig	Geschwüre	5.	35
20	ebenso	18	3	wenig	Geschwüre	5.	28
21	ebenso	35	3	wenig	Geschwüre	4.	20

Tabelle II.

Wunden, mit dem Eiter venerischer Geschwüre inficirt und dann mit gewöhnlichem Wasser gewaschen.

Fortlauf. Zahl	Wunden: Art	Wunden: Grösse in □Millimetr.	Uebertragen. Eiter: Zahl d. Uebert.	Uebertragen. Eiter: Beiläuf. Menge	Zwischenzeit zwischen Infect. und Waschung	Waschung: Dauer in Minuten	Waschung: Wasser: Menge in Cub.-Centim.	Waschung: Wasser: Temperatur in Celsius	Resultat	Tag d. Umbild. der Wunden in Geschwüre	Dauer d. Verletzung i. Tagen
1	Lappenwunde	12	3	wenig	zehn Minuten	10	2500	18°	Geschwüre	4.	46
2	ebenso	9	3			10	2000	16°	Geschwüre	5.	26
3	Excoriation	15	2			15	3000	15°	Geschwüre	5.	15
4	Lappenwunde	10	2			15	5000	49°—42°	Geschwüre	4.	32
5	Excoriation	6	1			15	5000	45°—40°	Geschwüre	5.	16
6	ebenso	10	1			20	5000	46°—40°	Geschwüre	5.	25

Tabelle III.

Wunden, mit dem Eiter venerischer Geschwüre inficirt und dann mit Sublimatlösungen gewaschen.

Fortlauf. Zahl	Wunden: Art	Wunden: Grösse in □Millimetr.	Uebertr. Eiter: Zahl d. Uebertr.	Uebertr. Eiter: Beiläufige Menge	Zeit zwisch. Infect. u. Waschung: St.	Zeit zwisch. Infect. u. Waschung: M.	Sublimatlösung: Concentration	Sublimatlösung: Temperatur in Celsius	Sublimatlösung: Menge in Cub.-Centim.	Dauer der Waschung in Minuten	Ergebnis	Tag d. Umwandl. der Wunden in Geschwüre	Dauer der Verletzung in Tagen
1	Lappen-Wunde	26	3	wenig	.	10	1:1000	16°	300	2	keine Geschwüre	.	10
2		28	2	viel	.	10	ebenso	19°	500	1	keine Geschwüre	.	10
3		30	3	viel	.	30	ebenso	11°	1000	2	keine Geschwüre	.	7
4		34	2	viel	1	.	ebenso	11°	ebenso	3	keine Geschwüre	.	9
5		32	4	viel	7	.	ebenso	16°	ebenso	3	keine Geschwüre	.	7
6		20	2	wenig	8	.	ebenso	18°	ebenso	3	keine Geschwüre	.	8
7		24	2	viel	8	.	ebenso	16°	500	2	keine Geschwüre	.	9
8		21	3	viel	8	.	ebenso	17°	ebenso	1	keine Geschwüre	.	5
9		25	3	viel	4	.	ebenso	17°	200	0.40"	Geschwüre	8.	41
10		36	3	viel	8	.	1:5000	13°	1000	5	Geschwüre	4.	35
11		42	3	viel	8	.	1:2000	18°	ebenso	5	Geschwüre	4.	41
12		36	2	viel	10	.	1:1000	20°	ebenso	1	Geschwüre	5.	33
13		32	3	wenig	10	.	ebenso	19°	ebenso	5	Geschwüre	12.	62
14		24	2	viel	.	15	1:2000	10°	800	2	keine Geschwüre	.	9
15		21	3	viel	1	.	1:5000	18°	330	1	Geschwüre	7.	35
16		40	2	viel	1	.	1:3000	12°	1000	3	keine Geschwüre	.	9
17		38	3	viel	1	.	1:4000	14°	ebenso	5	keine Geschwüre	.	7

Tabelle IV.

Wunden, mit dem Eiter venerischer Geschwüre inficirt und dann mit Lösungen von Chinosol oder Carbolsäure gewaschen.

Fortlauf. Zahl	Wunden		Uebertr. Eiter		Zeit zwischen Inf. u. Waschung	Lösung				Dauer d. Waschungen	Ergebnis	Tag d. Umw. d. Wund. i. Gesch.	Dauer d. Verletzung
	Art	Grösse in □Millimetr.	Zahl d. Uebertr.	Beiläufige Menge		Art: Substanz	Art: Concentration	Temperatur in Celsius	Menge in Cub.-Cent.				
1	Lappenwunde	28	2	viel	zehn Minuten	Chinosol	1:1000	15°	600	fünf Minuten	Geschwüre	3.	22
2		20	2	viel		ebenso	1:500	14°	800		Geschwüre	4.	21
3		18	2	viel		ebenso	1:100	16°	500		Geschwüre	5.	20
4		30	2	wenig		ebenso	2:100	16°	500		Geschwüre	5.	55
5		14	1	wenig		ebenso	3:100	13°	500		Geschwüre	7.	19
6		20	1	wenig		ebenso	5:100	20°	800		Geschwüre	7.	19
7		26	3	viel		Carbolsäure	5:100	17°	1000		keine Gesch.	.	10

Tabelle V.

Wunden, mit dem Eiter venerischer Geschwüre inficirt und sodann mit gewöhnlicher Seife und mit Wasser von der Temperatur des Zimmers gewaschen.

Fortlauf. Zahl	Wunden		Uebertr. Eiter		Zeit zwischen d. Inf. u. Einreib. in Minuten	Einseifung			Ergebnis	Tag d. Umwdl. d. Wund. in Gesch.	Dauer d. Verletzung
	Art	Grösse in □Millimetr.	Zahl d. Uebertr.	Beiläufige Menge		Wasser: Temp. in Cels.	Wasser: Menge in Ccm.	Dauer			
1	Lappenwunde	8	5	wenig	20	14°	2050	5	Geschwüre	8.	23
2	ebenso	8	5	wenig	10	17°	5000	5	Geschwüre	4.	15
3	Excoriation	48	5	wenig	10	15°	4050	5	Geschwüre	7.	23
4	Lappenwunde	8	4	viel	30	13°	50	15	Geschwüre	5.	25
5	ebenso	9	4	viel	20	17°	50	10	Geschwüre	3.	12
6	Excoriation	42	3	wenig	10	12°	3500	15	keine Geschwüre	.	7
7	Lappenwunde	8	4	wenig	10	17°	2200	15	keine Geschwüre	.	7
8	Excoriation	30	3	viel	15	15°	7000	15	keine Geschwüre	.	7
9	Lappenwunde	12	4	viel	15	18°	1500	15	keine Geschwüre	.	9
10	Excoriation	56	3	wenig	15	18°	350	10	keine Geschwüre	.	7
11	Lappenwunde	7	3	wenig	15	18°	245	10	keine Geschwüre	.	5
12	ebenso	10	3	viel	15	18°	320	10	Geschwüre	8.	21
13	ebenso	8	4	viel	15	17°	50	10	Geschwüre	3.	17
14	ebenso	9	3	viel	15	17°	30	10	Geschwüre	7.	31

Tabelle VI.

Wunden, mit dem Eiter venerischer Geschwüre inficirt und sodann mit gewöhnlicher Seife und warmem Wasser gewaschen.

Fortlauf. Zahl	Wunden: Art	Wunden: Grösse in □ Millimetr.	Uebertr. Eiter: Zahl d. Uebertr.	Uebertr. Eiter: Beiläufige Menge	Zeit zwischen d. Infect. und der Wasch. in Min.	Einseifung: Wasser: Temp. in Cels.	Einseifung: Wasser: Menge	Einseifung: Dauer	Ergebnis	Tag d. Umw. der Wund. in Gesch.	Dauer der Verletzung
1	Lappenwunde	10	3	wenig	10	46°—41°	3000	15	keine Geschw.	.	3
2	ebenso	8	4	viel	10	44°—39°	5200	15	keine Geschw.	.	10
3	Excoriation	12	3	wenig	10	46°—42°	3800	10	keine Geschw.	.	7
4	Lappenwunde	7	4	viel	15	47°—41°	1000	10	keine Geschw.	.	5
5	Excoriation	42	3	ebenso	30	46°—42°	5000	15	keine Geschw.	.	7
6	Lappenwunde	10	4	ebenso	60	48°—44°	3600	15	Geschwüre	6.	26
7	Excoriation	30	3	ebenso	60	47°—44°	5000	15	Geschwüre	10.	42

III.

Gehen wir nun zu den noch nicht veröffentlichten Experimenten über, die Zahl derselben beträgt 40; sie wurden zum Theile an denselben Individuen ausgeführt wie die früheren, zum Theile an anderen. Diese letzteren Individuen (25 Männer und 4 Weiber) befanden sich zum grössten Theile in jugendlichem Alter und waren alle mit venerischen Geschwüren behaftet.

Von den 31 Individuen, an welchen diese Experimente ausgeführt wurden, zeigten 3 nur ein einziges venerisches Geschwür; 27 boten deren 2—33 und bei einem waren wohl gegen 80 vorhanden. Bei den Männern fanden sich die Geschwüre im Sulcus glandis, am Frenulum, an der Glans, am Rande, Innen- und Aussenblatte des Praeputium und an der Haut des Penis. Bei dem Individuum, bei welchem sie in so ausserordentlich grosser Zahl vorhanden waren, erstreckten sie sich von den genannten Gegenden bis in die Pubes, auf das Abdomen, bis in die Inguinalbeugen und sogar bis auf den Rücken. Bei den Weibern sassen sie zumeist am Orificium vaginale, an der Comissur, an den Nymphen und häufig auch an den Labien, an der Umgebung des Anus, in den genitocruralen Falten und an der Innenfläche der Oberschenkel.

Die Geschwüre bestanden bei 25 Individuen seit 2—22 Tagen und nur bei den übrigen seit längerer Zeit, bis zu 2 Monaten; aber auch bei den Fällen, welche schon seit der längeren Zeit damit behaftet waren, befanden sich immer noch einige in progredientem Stadium. Während bei einem Theile die Geschwüre noch gar keiner Behandlung unterworfen worden waren, wurde dieselbe bei dem übrigen Theile, wo man eine vorhergegangene Behandlung vermuthen konnte, 1—3 Tage unterbrochen. Bei 9 Individuen fand sich complicirende Adenitis, theils ein-, theils beiderseitig.

Bei sämmtlichen Individuen wurden die Verletzungen, welche zu den Versuchszwecken gesetzt wurden, stets an der Innenfläche der Oberschenkel und zumeist in seinem mittleren Drittel angelegt, und zwar, wie bei den früheren Versuchsreihen theils in Lappenform, theils als Excoriationen. Bei den meisten Individuen wurden zwei Wunden angelegt, und zwar auf jedem Oberschenkel je eine; seltener nur eine. Sofort nach Anlegung wurden die Wunden mit dem Eiter jener Geschwüre inficirt, mit denen die den Versuchen unterzogenen Individuen selbst behaftet waren, und zwar in derselben Weise wie bei den vorhergegangenen Experimenten; nach Ablauf eines bestimmten Zeitraumes wurde sodann an die Desinfection geschritten.

Bei 15 Wunden suchte ich die Desinfection theils durch Waschungen (Tab. VII), theils durch Einseifungen (Tab. VIII) zu erzielen; diese wie jene wurden genau in der Weise ausgeführt, welche bei den früheren Versuchen beschrieben wurde. Zu den Waschungen wurden neben den Sublimatlösungen noch solche von hypermangansaurem Kali, Jodtrichlorid, Carbolsäure, Lysol und Silbernitrat verwendet; einmal verwendete ich auch nur mit Salzsäure angesäuertes Wasserstoffsuperoxyd, wie es in den eingangs erwähnten Experimenten Krówczýnski's gebraucht worden war und gute Resultate ergeben hatte. Die Einseifungen wurden mit harter Seife ausgeführt, welche 1% Sublimat enthielt. Das angesäuerte Wasserstoffsuperoxyd war frisch bereitet, doch wissen wir nichts über die Zeit der Fabrication der Seife.

Sowohl bei den Waschungen als auch bei den Einseifungen wurde die chemische Wirkung, gleichwie in den früheren Versuchsreihen durch mechanische Einflüsse unterstützt, welche, wie bereits gesagt, theils durch den auf die Wunden fliessenden Wasserstrahl, theils durch die ununterbrochenen Reibungen und Quetschungen ausgeübt wurden. Die Combination dieser letzten Factoren erwies sich aber für sich alleine angewendet als nicht genügend, die Umwandlung der inficirten Wunden in Geschwüre (Tab. II) zu verhindern, obzwar ich ihnen einen gewissen Einfluss durchaus nicht absprechen möchte. Um diesen Einfluss zu bestimmen, führte ich eine Anzahl von Versuchen in einer Weise aus, bei welchen der Einfluss dieser Factoren nach Möglichkeit ausgeschlossen wurde. Ich brachte nämlich die desinficirenden Flüssigkeiten mit Hilfe eines Glascylinders mit den Wunden in Berührung. Der verwendete Glascylinder glich ganz dem einer gewöhnlichen Lampe; er besass eine Länge von 25 Cm. und einen Durchmesser von 23 Mm. Der Vorgang fand in folgender Weise statt: Nachdem nach der Infection der gewünschte Zeitraum verstrichen war, wurde der Cylinder mit dem einen Ende in der Art auf die die Wunde umgebende Haut aufgesetzt, dass sich die erstere im Centrum der Cylinderöffnung befand; in dieser Lage wurde der Cylinder durch einen mässigen Druck festgehalten. und dann ganz vorsichtig bis zu einer Höhe, welche bei den verschiedenen Fällen von 5—20 Cm. schwankte, mit der betreffenden Lösung angefüllt.

In dieser Weise wurden 12 inficirte Wunden mit Sublimat behandelt (Tab. IX); in 10 Fällen verwendete ich dasselbe, wie bei den früheren Waschungen in wässriger Lösung, und zwar aus dem Grunde, um einen Vergleich der in beiden Versuchsreihen erhaltenen Resultate anstellen zu können. Bei den beiden letzten Fällen jedoch verwendete ich Aethyl-Alkohol als Lösungsmittel und zwar in einer 50procentigen wässrigen Verdünnung, welche ich nach den Resultaten der in den letzten Jahren angestellten Untersuchungen als diejenige erkannt worden war, in welcher das Sublimat am wenigsten von seiner desinficirenden Kraft einbüsst.

Bei 8 weiteren Wunden (Tab. X) dagegen versuchte ich das Formalin, das Quecksilberoxycyanür und das



Thalliumacetat, welch letzteres nach Behring[1]) gleichfalls zu den Antisepticis gezählt werden muss.

Bei fünf Fällen endlich wurden die inficirten Wunden zunächst einer Waschung mit gewöhnlichem Leitungswasser oder der Einwirkung des mittels des Cylinders applicirten Sublimates unterworfen und sodann mit Sublimatlanolin behandelt. Während sich nämlich die in Fett suspendirten Antiseptica in den gewöhnlichen Fetten als unwirksam erweisen, soll das Sublimat dagegen bei Suspension in Lanolin seine antiseptische Wirksamkeit bewahren (Gottstein[2]), was nach Breslauer[3]) auf das im Lanolin selbst enthaltene Wasser zurückzuführen ist. Wir wählten daher ein wasserhaltiges Lanolin, welchem ohne weiteres das Sublimat beigemischt wurde. Die Salbe wurde durch einige Augenblicke leicht auf die Wunde eingerieben und sodann eine circa einen Millimeter hohe Schichte derselben darauf belassen.

Sämmtliche zu verwendende Lösungen wurden immer frisch bereitet. Nach ihrer Einwirkung wurden die Wunden mit einem Gaze-Bauschen abgetupft und mit einem Uhrglase bedeckt. welches durch antiseptisches Kautschukheftpflaster an die Haut befestigt wurde. Ueber das ganze kam ein Bindenverband mit Watte. Das Uhrglas wurde, je nachdem es mit Eiter angefüllt war, in 1, 2—3 Tagen gewechselt, und wir hörten nicht früher auf, ein solches anzulegen, als bis es sich entschieden hatte, ob sich ein Geschwür entwickele oder nicht.

Selbstverständlich wurden die Wunden nur nach vorhergegangener genügender Desinfection, sowohl der Hände des Operateurs als auch des Operationsfeldes ausgeführt; ebenso versteht es sich von selbst, dass das Bistouri, das kleine Spatel, der Glascylinder, die Uhrgläser, die Gazetupfer u. s. w. stets in der gründlichsten Weise sterilisirt worden waren.

---

[1]) Behring. Ueber Desinfection, Desinfectionsmittel und Desinfectionsmethoden. Zeitschrift für Hygiene. 1890. Vol. IX. pag. 407.

[2]) A. Gottstein. Sublimat-Lanolin als Antisepticum. Therapeut. Monatsh. 1889. Vol. III. Nr. 3.

[3]) E. Breslauer. Ueber die antibakterielle Wirkung der Salben mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Constituentien auf den Desinfectionswerth. Zeitschrift für Hygiene u. Infectionskrankheiten. 1895. XX. pag. 165.

Tabelle VII.

Wunden, welche mit dem Eiter von venerischen Geschwüren inficirt und sodann mit verschiedenartigen Lösungen gewaschen wurden.

Fortlauf. Zahl	Wunde		Uebertr. Eiter		Zeit zwischen Inf. u. Waschung in Minuten	Lösungen			Dauer der Waschung in Min.	Ergebnis	Tag d. Umwdl. d. Wund. in Gesch.	Dauer der Verletzung
	Art	Grösse in □Millimetr.	Zahl d. Uebtr.	Beiläufige Menge		Art und Concentration	Temperatur in Celsius	Menge in Cub.-Ctmtr				
1	Lappenwunde	10	3	viel	10	Sublimat 1 : 10.000	45°	1000	1	Geschwüre	7.	21
2		15	3	viel	10	Sublimat 1 : 10.000	43°	1000	5	keine Gesch.	.	7
3		56	5	viel	10	Uebermang. Kali 1 : 1000	41-42	300	5	Geschwüre	8.	35
4		45	5	viel	30	Uebermang. Kali 2 : 1000	18°	1000	5	Geschwüre	5.	21
5		20	5	viel	10	Uebermang. Kali 1 : 100	15°	600	5	keine Gesch.	.	9
6		48	4	wenig	10	Salzsäurewasserstoffsuperoxyd 5 : 1000	15°	500	1	Geschwüre	5.	24
7		36	4	wenig	30	Jodtrichlorür 5 : 1000	16°	500	1	Geschwüre	5	32
8		22	4	viel	10	Carbolsäure 3 : 100	16°	500	1	Geschwüre	8.	27
9		20	3	viel	10	Lysol 5 : 100	16°	1000	5	Geschwüre	7.	36
10		15	5	viel	10	Silbernitrat 1 : 100	21°	1000	5	Geschwüre	7.	32

Tabelle VIII.

Wunden, mit dem Eiter venerischer Geschwüre inficirt und sodann mit einprocentiger Sublimatseife eingeseift.

Fortlauf. Zahl	Wunden		Uebertr. Eiter		Zeit zwischen d. Inf. u. Einseifung	Einseifung			Ergebnis	Tag d. Umwdl. d. Wund. in Gesch.	Dauer der Verletzung
						Wasser					
	Art	Grösse in □Millimetr.	Zahl d. Uebtr.	Beiläufige Menge		Temperatur in Cels.	Menge in Ccm.	Dauer in Minuten			
1	Lappenwunde	40	5	viel	zehn Minuten	15°	2000	5	Geschwüre	4.	23
2	ebenso	35	3	viel		17°	5000	10	Geschwüre	5.	27
3	Excoriation	18	3	wenig		13°	3700	15	Geschwüre	5.	21
4	ebenso	20	3	wenig		47°—43°	3500	15	keine Gesch.	.	7
5	Lappenwunde	16	3	viel		44°—39°	3000	15	keine Gesch.	.	10

Tabelle IX.

Wunden, mit dem Eiter venerischer Geschwüre inficirt und sodann mit Hilfe eines Glascylinders der Einwirkung einer Sublimatlösung 1:1000 ausgesetzt.

Fortlauf. Zahl	Wunden		Uebertr. Eiter		Zeit zwischen d. Inf. u. Desinfect.	Sublimatlös. 1:1000			Ergebnis	Tag d. Umwdl. d. Wund. in Gesch.	Dauer der Verletzung
	Art	Grösse in □Millimetr.	Zahl d. Uebtr.	Beiläufige Menge		Lösungsmittel	Temperatur in Celsius	Dauer der Einwirkung			
1	Lappenwunde	54	3	viel	30	Wasser	12°	10	Geschwüre	5.	20
2	ebenso	18	3	wenig	20	ebenso	13°	10	Geschwüre	7.	20
3	Excoriation	12	1	viel	10	ebenso	17°	5	Geschwüre	9.	16
4	ebenso	16	1	viel	10	ebenso	15°	10	Geschwüre	9.	23
5	ebenso	21	1	wenig	10	ebenso	20°	10	Geschwüre	7.	22
6	ebenso	7	3	viel	10	ebenso	12°	15	keine Gesch.	.	11
7	ebenso	14	2	viel	10	ebenso	17°	15	keine Gesch.	.	4
8	ebenso	10	3	viel	10	ebenso	12°	15	Geschwüre	11.	23
9	ebenso	12	3	wenig	10	ebenso	19°	15	Geschwüre	10.	19
10	ebenso	10	2	viel	10	ebenso	16°	15	Geschwüre	5.	17
11	ebenso	11	3	wenig	10	Alkohol 50%	13°	10	Geschwüre	4.	18
12	ebenso	12	3	viel	10	ebenso	12°	10	Geschwüre	4.	28

Tabelle X.

Wunden, mit dem Eiter venerischer Geschwüre inficirt und dann mit Hilfe eines Glascylinders der Einwirkung verschiedener Lösungen ausgesetzt.

Fortlauf Zahl	Wunden		Uebertr. Eiter		Zeit zwischen Inf. u. Desinfect. in Minuten	Lösungen				Resultat	Tag d. Umw. d. Wund. in Gesch.	Dauer der Verletzung
	Art	Grösse in □Millimetr.	Zahl d. Uebtr.	Beiläufige Menge		Substanz	Concentration	Temperatur in Celsius	Dauer d. Einw. in Minuten			
1	Excoriation	18	3	viel	15	Formalin	1:100	15°	10	Geschwüre	5.	21
2	ebenso	18	2	viel	15	Formalin	2:100	19°	10	Geschwüre	5.	23
3	Lappenwunde	16	4	viel	10	Formalin	2.100	22°	10	Geschwüre	5.	19
4	ebenso	9	3	wenig	10	Formalin	3:100	18°	10	Geschwüre	5.	20
5	Excoriation	24	3	wenig	10	Formalin	5:100	20°	15	keine G.	.	17
6	ebenso	11	3	viel	10	Quecksilber-Oxycyanür	1:1000	12°	15	Geschwüre	11	31
7	ebenso	6	3	viel	10	Quecksilber-Oxycyanür	2:1000	15°	15	keine G.	.	10
8	ebenso	50	2	viel	15	Thallium-Acetat	1:1000	19°	15	Geschwüre	5.	17

Tabelle XI.

Wunden, mit dem Eiter venerischer Geschwüre inficirt und sodann zunächst Waschungen mit einfachem Wasser oder der Einwirkung von Sublimatlösungen mit Hilfe eines Glascylinders unterworfen und schliesslich mit Sublimatlanolin behandelt.

Fortlauf. Zahl	Wunden: Art	Wunden: Grösse in □Millimetr.	Uebertr. Eiter: Zahl d. Uebert.	Uebertr. Eiter: Beiläufige Menge	Zeit zwischen d. Inf. u. Desinfect.	Art und Mittel der Desinfection	Resultat	Tag d. Umw. d. Wund. in Gesch.	Dauer der Verletzung
1	Lappenwunde	15	4	wenig	zehn Minuten	Waschung mit 1 Liter Wasser von 14° C. durch 5 Minuten; sodann Sublimat-Lanoline 1:1000	Geschwüre	4.	19
2	ebenso	11	3	viel		Waschung mit 2 Liter Wasser von 18° C. durch 5 Minuten; sodann Sublimat-Lanoline 2:1000	Geschw.	4.	16
3	Excoriation	30	4	viel		Application einer Sublimatlösung 1:1000 von 35—32° C. mittels des Glascylinders durch 10 Minuten; sodann Sublimat-Lanoline 1:100	keine G.	—	10
4	ebenso	25	4	viel		Application einer Sublimatlösung 1:1000 von 43—33° C. mittels des Glascylinders durch 10 Minuten; sodann Sublimat-Lanoline 1:100	keine G.	—	6
5	Lappenwunde	7	5	wenig		Waschung mit 2 Liter Wasser von 15° C. durch 5 Minuten; sodann Sublimat-Lanoline 1:100	keine G.	—	4

Bei jenen Fällen, bei welchen keine Geschwürsentwicklung statthatte, und die Desinfection mithin als gelungen betrachtet werden konnte, heilten die Wunden ohne jede entzündliche Reaction ab, oder dieselbe erreichte nur einen ganz geringen

Grad, so dass sie die Patienten überhaupt gar nicht bemerkten oder doch nur ganz unbedeutende Belästigung empfanden, und vernarbten in kurzer Zeit. Nur diejenigen Wunden, welche in Form von Excoriationen angelegt und sodann mit 5procentiger Formalinlösung (Tab. X, Versuch 5) desinficirt worden waren, zeigten einen von den anderen verschiedenen Verlauf. Die desinficirende Lösung verursachte hier nämlich eine oberflächliche Mortification der excoriirten Stelle, in Folge welcher die Uebernarbung erst dann erfolgte, nachdem der Aetzschorf durch eine geringe demarkirende Entzündung abgestossen worden war; dieser Umstand erklärt uns, dass die Excoriation, obzwar sie sich nicht in ein Geschwür umgewandelt hatte, doch 17 Tage zu ihrer Verheilung bedurfte.

In den übrigen Fällen dagegen, bei welchem die Desinfection nicht gewirkt hatte, fanden sich die Wunden, wenn die Entwicklung des Geschwüres nicht verzögert worden war, schon nach einem, im gegentheiligen Falle erst nach 2—8 Tagen in mehr weniger heftigem Entzündungszustande. Im Uebrigen zeigten die dieser Entzündung folgenden Geschwüre gar keine Besonderheiten und ich glaube mir daher die Beschreibung derselben erlassen zu können.

Bei jenen Fällen, bei welchen keine Umwandlung der Wunden in Geschwüre erfolgte, unterliessen wir es gleichwohl nicht, in dem etwa vorhandenen Secrete die Ducrey'schen Bacillen aufzusuchen, allein stets mit negativem Resultate. Dagegen fanden sich diese Bacillen constant in dem Secrete jener Fälle, deren Wunden einen ulcerösen Charakter angenommen hatten. Hinzufügen will ich noch, dass diese letzteren nach Einleitung einer entsprechenden Behandlung[1]) alle ohne jede Complication abheilten.

---

[1]) Sofort, nachdem die Diagnose gestellt worden war, wurden die Geschwüre durch lange Zeit mit Sublimatlösungen gewaschen und dann mit reiner Carbolsäure geätzt; nöthigen Falles wurde diese Aetzung auch wiederholt. Nach der Aetzung applicirten wir durch mehrere Tage hindurch auf die Geschwüre eine Einpackung mit einfachem abgekochtem Wasser oder mit Sublimatlösungen und nach Abnahme des Verbandes Jodoform.

IV.

Reassumiren wir nun: 21 flache Wunden wurden, nachdem sie mit dem Eiter von venerischen Geschwüren inficirt worden waren, sich selbst überlassen, da sie zur Controle dienen sollten, und obzwar sie zum grössten Theile nur mit einer geringen Menge Eiters inficirt worden waren, waren doch alle bereits am 4. oder 5. Tage in charakteristische venerische Geschwüre umgewandelt.

85 flache Wunden dagegen wurden, nachdem sie mit dem Eiter von venerischen Geschwüren inficirt worden waren, Desinfectionsversuchen mit chemischen Substanzen unterworfen und diese zeigten ein von den vorhergehenden deutlich verschiedenes Verhalten.

Von diesen 85 Wunden wandelten sich 34, das ist 40 Procent, nicht in Geschwüre um; wenn wir das constante Ulceröswerden der obigen Controlwunden dagegenhalten, fällt es wohl schwer, dieses letztere Ergebniss als ein zufälliges anzusehen; deshalb scheint es mir zulässig, bezüglich des ersten Theiles der Frage, deren Studium ich mir vorgenommen hatte, folgenden Schluss zu ziehen: Die Desinfection einer flachen Wunde, welche mit dem Eiter venerischer Geschwüre in Berührung gebracht, wurde ist thatsächlich möglich.

Von den übrigbleibenden 51 Wunden wandelten sich 23 erst zwischen dem 6. und 12. Tage in Geschwüre um; das ergibt im Vergleiche zu dem grössten Termine von 5 Tagen aus den oben erwähnten Controlversuchen eine Verzögerung um 1—7 Tage. Wollen wir nun, wie mir dies durchaus zulässig erscheint, diese Verzögerung gleichfalls der Desinfection zuschreiben, so würde sich daraus ergeben, dass diese ihre Wirkung im Sinne einer Verzögeruug oder Verhütung der Geschwürsbildung bei 57 von einer Gesammtzahl von 85 Wunden ausgeübt hat, was 67 Procenten der Fälle entspricht. Demnach verringert sich die Zahl der Fälle, in welchen die Desinfection vollständig versagt hat, das heisst, wo sie die Umwandlung der Wunden in Geschwüre weder verzögern noch verhindern konnte, da sich diese alle noch während der ersten



5 Tage, also im normalen Zeitraume, in Geschwüre umgewandelt hatten, auf 28.

Diese Resultate erhielten wir mit verschiedenartigen Desinfectionsmitteln, welche unter mannigfach abgeänderten Bedingungen ihre Wirkung zu entfalten hatten.

A. Verhinderung der Umwandlung der inficirten Wunden in Geschwüre erzielten:

1. Waschungen mit Sublimatlösungen. Eine Waschung mit einer Sublimatlösung in der Concentration 1:1000 von Zimmertemperatur bewahrt ihr Vermögen die Geschwürsbildung zu verhindern, auch dann, wenn sie zum mindesten 1 Minute dauert, selbst wenn sie erst 8 Stunden nach der Infection ausgeführt wird. Dasselbe Resultat erzielt man durch eine 2 Minuten währenden Waschung mittelst einer Lösung von der Concentration 1:2000 bei Zimmertemperatur, wenn sie 15 Minuten nach der Infection ausgeführt wird; ferner durch Waschungen mit Lösungen von der Concentration 1:3000 und 1:4000, wenn sie 1 Stunde nach der Infection in der Dauer von 3 respective 5 Minuten ausgeführt werden; endlich durch eine Waschung mit einer heissen (45° C.) Lösung in der Concentration 1:10.000 wenn sie 10 Minuten nach der Infection durch 5 Minuten zur Anwendung kommt.

2. Eine Waschung mit Lösung von Carbolsäure in der Concentration 5:100 oder von Kaliumlypermanganat 1:100 wenn sie bei Zimmertemperatur 10 Minuten nach der Infection durch 5 Minuten hindurch ausgeführt wird.

3. Die Einseifungen mit gewöhnlicher Seife und Wasser von Zimmertemperatur, 10—15 Minuten nach der Infection angewendet und durch 10, respective 15 Minuten hindurch ausgeführt.

4. Die Einseifungen mit gewöhnlicher Seife oder mit Sublimatseife 1:100 und heissem Wasser von 47—39° C. wenn sie 10, 15, 30 Minuten nach der Infection angewendet und in der Dauer von 10—15 Minuten ausgeführt werden.

5. Die Application von Sublimat 1:1000 oder Formalin 5:100 oder Quecksilberoxycyanür 2:1000 mit Hilfe eines Glascylinders, wenn sie 10 Minuten nach der Infection beginnt und bei Zimmertemperatur durch 15 Minuten währt.



6. Das Einschmieren mit Sublimatlanolin 1:100, wenn dieselbe nicht später als 10 Minuten nach der Infection vorgenommen wird und entweder die 10 Minuten dauernde Einwirkung einer heissen Sublimatlösung 1:1000 (43°—32° C.) mit Hilfe des Glascylinders oder auch nur eine Waschung mit gewöhnlichem Wasser von Zimmertemperatur durch 5 Minuten vorhergegangen ist.

B. Eine Verzögerung der Entwickelung der Geschwüre um 1—7 Tage bewirkte:

1. Eine Waschung mit Sublimatlösung 1:1000 von Zimmertemperatur, sei es dass dieselbe 4 Stunden nach der Infection vorgenommen wurde uud nur 40 Secunden währte, sei es dass sie erst 10 Stunden nach der Infection erfolgte bei einer Dauer von 5 Minuten; oder eine Waschung mit Sublimatlösung von Zimmertemperatur eine Stunde nach der Infection in der Dauer von 1 Minute ausgeführt; oder eine Waschung mit Sublimatlösung 1:10.000 bei 45° C. Temperatur 10 Minuten nach der Infection in der Dauer von 1 Minute durchgeführt.

2. Eine Waschung 10 Minuten nach der Infection begonnen in der Dauer von 5 Minuten durchgeführt, entweder mit einer Chinosollösung von Zimmertemperatur in den Concentrationen 3:100, 5:100, oder eine Lysollösung 5:100, oder eine Argentum nitricum-Lösung 1:100 oder eine heisse (44°—42° C.) Lösung von übermangansaurem Kali 1:1000.

3. Eine Waschung mit einer 3procentigen Carbolsäurelösung von Zimmertemperatur in der Dauer von 1 Minute, 10 Minuten nach der Infection begonnen.

4. Eine Einseifung mit gewöhnlicher Seife und Wasser von Zimmertemperatur, 10, 15, 20 Minuten nach der Infection begonnen und 5 Minuten während; oder eine Einseifung mit gewöhnlicher Seife und heissem Wasser von 48°—44° C. eine Stunde nach der Infection begonnen und 15 Minuten dauernd.

5. Die Application einer Sublimatlösung von Zimmertemperatur in der Concentration 1:1000, 10—20 Minuten nach der Infection begonnen und durch 5, 10. 15 Minuten fortgesetzt. unter Anwendung eines Glascylinders.



6. Die Application einer Lösung von Quecksilberoxycyanür 1:1000, bei Zimmertemperatur mit Hilfe der Glasröhre 10 Minuten nach der Infection durch 15 Minuten.

C. Weder eine Verzögerung noch eine Verhinderung der Geschwürsentwicklung an den inficirten Wunden führte herbei:

1. Eine Waschung mit Sublimatlösung 1:1000 von Zimmertemperatur 10 Stunden nach der Infection in der Dauer von 1 Minute angewendet; eine Waschung mit Sublimatlösung 1:2000 und 1:5000 gleichfalls von Zimmertemperatur 8 Stunden nach der Infection in der Dauer von 5 Minuten.

2. Eine Waschung, vorgenommen 10 Minuten nach der Infection, sei es mit angesäuertem Wasserstoffsuperoxyd, durch Zusatz von einem Procent Salzsäure (Krówczynski), sei es mit einer zweiprocentigen Chinosollösung von Zimmertemperatur im ersten Falle 1, im zweiten 5 Minuten während.

3. Eine Waschung sowohl mit Jodtrichlorür-Lösung 5:1000 als auch mit Kalihypermanganatlösung 2:1000, $^1/_2$ Stunde nach der Infection in der Dauer von 1, respective 5 Minuten ausgeführt.

4. Einseifungen mit gewöhnlicher Seife und Wasser von Zimmertemperatur 10, 15, 20, 30 Minuten nach der Infection begonnen und 5, 10, 15 Minuten während; Einseifungen mit einprocentiger Sublimatseife und Wasser von Zimmertemperatur 10 Minuten nach der Infection begonnen und 5, 10, 15 Minuten während.

5. Die Application mit Hilfe eines Glascylinders 10, 30 Minuten nach der Infection begonnen und durch 10 oder 15 Minuten fortgesetzt, sei es einer wässerigen 1%-Sublimatlösung, sei es einer solchen gleicher Concentration in 50% Alkohol bei Zimmertemperatur.

6. Die Application einer bis 3procentigen Formalinlösung von Zimmertemperatur mit Hilfe eines Glascylinders, 10, 15 Minuten nach der Infection begonnen und 10 Minuten dauernd.

7. Die Einschmierung mit Sublimatlanoline bis zu einem Sublimatgehalte von 2 pro Mille, welcher eine 5 Minuten währende Waschung mit gewöhnlichem Wasser von Zimmertemperatur vorherging.

Jene sechs, mit dem Eiter venerischer Geschwüre inficirten Wunden, welche mit einfachem Wasser gewaschen wurden (Tab. II), gingen, obzwar man glauben sollte, dass man dabei für die Desinfection verhältnissmässig sehr günstige Bedingungen geschaffen habe und obzwar bei der Hälfte der Fälle heisses Wasser (49°—40° C.) verwendet wurde, alle während des 4. und 5. Tages in venerische Geschwüre über. Es reicht daher weder die mechanische Wirkung des verwendeten Wasserstrahles noch die Reibungen und Quetschungen der Wunden hin, um eine Verzögerung der Geschwürsbildung zu veranlassen, geschweige denn dieselbe ganz zu verhüten.

Wenn wir nun die Resultate dieser eben beschriebenen Desinfectionsversuche im Ganzen betrachten, so finden wir, dass wir bei jenen Fällen, bei welchen sich die chemische Wirkung der Agentien mit mechanischer Reibung (Einseifung, Waschung) verband, eine weit grössere Zahl günstiger Erfolge erzielten, als in jenen Fällen, bei welchen diese letzteren Einflüsse fehlten oder doch auf ein Minimum beschränkt waren (Verwendung des Glascylinders). Thatsächlich wurde bei den 50 Fällen, bei welchen solche Waschungen und Einseifungen ausgeführt worden waren, 27mal, also bei 45 Procent die Geschwürsbildung verhütet. Bei der Anwendung des Glascylinders dagegen erzielten wir ein derartiges günstiges Resultat nur bei 4 von 20 Fällen, also nur bei 20%. Aber dieser Unterschied tritt uns noch sicherer und deutlicher vor die Augen, wenn wir die Resultate, welche wir mit einer Sublimatlösung 1:1000 in Form von Waschungen erzielten (Tab. III Nr. 1—9, 12, 13), mit jenen vergleichen, welche mit mir derselben Lösung erhielten, sobald sie mittelst eines Glascylinders zur Anwendung kam (Tab. IX, Nr. 1—10); bei dieser letzteren Versuchsreihe erscheinen die von der Form und Grösse der Wunden abhängigen Bedingungen für Desinfection bedeutend günstiger als in der ersteren. Dessen ungeachtet hatten wir bei der ersteren bei 8 von 11 Versuchen ein günstiges Resultat zu verzeichnen, bei der zweiten dagegen nur bei 2 von 10 Versuchen. Noch mehr! Während im ersteren Falle das Sublimat die Geschwürsbildung verhüten konnte, auch wenn es erst 8 Stunden nach der Infection zur Anwendung kam, und seine Einwirkung nur 1 Mi-

nute währte, erreichten wir im zweiten Falle diesen Erfolg nur dann, wenn die Einwirkung bereits 10 Minuten nach der Infection erfolgte und auf mindestens 15 Minuten ausgedehnt wurde.

Aus alledem geht klar hervor, dass, wenn auch die mechanische Reibung für sich alleine nicht imstande ist, die Verhinderung oder auch nur eine Verzögerung der Gechwürsbildungen der inficirten Wunden zu bewirken, eben diese mechanische Reibung doch eine ganz wesentliche Rolle beim Gelingen der Desinfection spielt, indem sie ganz unzweifelhaft die Wirkung der chemischen Agentien wesentlich befördert.

Aus dem italienischen Manuscripte übersetzt von Dr. Theodor Spietschka (Brünn)

Aus der dermatologischen Abtheilung des städt. Krankenhauses zu Frankfurt a/Main.

Ueber atypische Horngebilde.

Von

Dr. **K. Herxheimer**, Oberarzt. und Dr. **R. Hildebrand**, früheren Assistenzarzt.

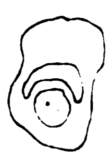
(Hiezu Taf. V.)

Gelegentlich der Untersuchung eines Plattenepithel-Carcinoms der Haut beobachtete der eine von uns (K. Herxheimer) in dem Protoplasma von Carcinomzellen nach Formolhärtung und mit Cresylechtviolett-Färbung (s. Archiv für mikroskopische Anatomie und Entwicklungsgeschichte, Band 53, 1898) eigenthümliche Gebilde, deren Studium uns in der Folgezeit beschäftigte, und deren Vorkommen wir in zahlreichen Schnitten von weiteren 6 Fällen von Plattenepithel-Carcinomen der Haut bestätigt fanden. Da dieselben bislang entweder noch gar nicht beobachtet worden sind oder zu wenig Beachtung gefunden haben, so dürfte es von Interesse sein, eine genauere Beschreibung derselben geschildert zu erhalten.

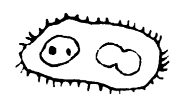
Die Form der fraglichen Gebilde ist eine verschiedene: in den meisten Fällen wohl herrscht die kreisrunde Form vor, aber ziemlich häufig fand sich auch eine ovale Gestalt und in seltenen Fällen eine halbmondförmige; in letzteren hatte dann das Gebilde bezüglich seiner Lage gegenüber dem Kerne eine solche Position, dass der eine Pol des Kernes, bezw. wenn der



Kern rundlich war, die eine Hälfte des Kernes von dem Gebilde wie von einer Calotte bedeckt war.



Hier sei übrigens gleich bemerkt, dass niemals ein continuirlicher Zusammenhang zwischen dem Kerne und den in Rede stehenden Gebilden vorhanden war, sondern immer ein mehr weniger breiter Saum ungefärbten Protoplasmas (Hof) dazwischen lag. Ihre Lage im Protoplasma betreffend finden sie sich manchmal um 1—2 μ vom Kern entfernt, manchmal mitten im Protoplasma und endlich, wenn auch seltener, mehr nach der Peripherie der Zelle zu, ohne jedoch den Zellmantel zu berühren. Die Grösse der Gebilde selbst und des umgebenden Hofes ist sehr verschieden und schwankt je nach der Grösse der Zellen und der Form: in denen von runder Gestalt beträgt der Durchmesser mit Hof zwischen 3 und 5 μ, ohne letzteren zwischen 2 und 3 μ. Diejenigen von ovaler Form sind in der Regel grösser; hier finden sich solche von 6—7 μ mit, von 5—6 μ ohne Hof. Zu erwähnen ist noch, dass in nur sehr vereinzelten Fällen sogar zwei der beschriebenen Gebilde, jedes mit peripherem Hof, nebeneinander in e i n e r gemeinsamen Zelle von uns beobachtet sind; es können sich also offenbar ganz unabhängig von einander 2 Gebilde im Protoplasma derselben Zelle entwickeln, die eventuell dann confluiren; so entsteht dann die achtförmige Form, wie beistehende Figur zeigt. Dass der



Process in ein und derselben Zelle stattgefunden hat, geht aus der Lage des Kernes und der Anordnung des noch restirenden Protoplasmas hervor. Dagegen finden sich keine Bilder,

die darauf hindeuten, dass die Gebilde zweier Zellen zusammengeflossen wären.

Diese eigenartigen in das Protoplasma eingesprengten Gebilde fanden sich ausschliesslich in solchen Zellen, die in der Umgebung von Cancroidperlen gelegen waren und den Zellen der Keimschicht entsprechen. Dies geht daraus hervor, dass das Protoplasma dieser Zellen in seiner Structur noch vollkommen oder theilweise erhalten war. Es fand sich nämlich in den betreffenden Zellen eine wabige (im mikroskopischen Bilde netzförmige) Structur, beziehungsweise wo eine solche nicht vorhanden war, Ansammlung von Keratohyalin. Auch konnten wir die extracellulären Theile der Fasern regelmässig feststellen.

Was die Häufigkeit des Vorkommens der Gebilde betrifft, so ist zu erwähnen, dass dieselben sich nicht in jedem Schnitte finden, sondern dass sie durchschnittlich im dritten oder vierten, und zwar manchmal nur in einem, manchmal in mehreren Exemplaren im Schnitt zur Beobachtung gelangen. Schon hier sei darauf hingewiesen, dass offenbar eine Bedingung für ihr Zustandekommen unumgänglich nothwendig ist, nämlich die, dass eine besonders intensive Verhornung stattgefunden hat. Paralleluntersuchungen, die wir an nur wenig verhornten Plattenepithelkrebsen und bei einer Anzahl Cylinderzellen-Carcinomen anstellten, brachten trotz eifrigen Suchens negatives Resultat.

Bei der schon erwähnten Färbung mit Cresylechtviolett-Lösung erwies es sich, dass die Tinction eine gleichmässig diffuse war, dass sich eine Differenz in der Intensität der Färbung in der Peripherie und im Centrum nicht nachweisen liess. Nur in einem Falle konnte man eine Abweichung von dieser Regel feststellen; in dieser fraglichen Zelle zeigte das



bohnenförmige, etwa 7—8 μ lange und an den polaren Enden 5 μ, an der mittlern schmalsten Fläche circa 3 μ,



messende Gebilde eine concentrische Schichtung oder vielmehr eine feine Strichelung parallel der Längsachse; die Peripherie und nächst gelegenen Striche zeigten intensiv blaue Färbung, die mit dem Fortschreiten nach dem Centrum abblasste. Trotz der Abweichung von der Regel handelt es sich hier doch wohl um analoge Gebilde. Die oben geschilderte Beobachtung bezüglich der Tinction konnte auch bei den anderen später zu erwähnenden Färbungen gemacht werden.

Welcher Art sind nun diese Gebilde?

Es wäre vielleicht an hyaline Degeneration zu denken. Hyalin im Sinne von v. Recklinghausen liegt nicht vor; denn 1. fehlt ein stärkeres Lichtbrechungsvermögen des veränderten Protoplasmas, 2. zeigt dies keine besondere Verwandtschaft zu den „säurebeständigen Farbstoffen" wie Eosin, Säurefuchsin etc. und 3. trifft auch das letzte Postulat v. Recklinghausen's, dass die Degeneration die ganze Zelle befällt, so dass auch der Kern verschwinde, nicht zu. Sehr viel umfangreicher ist der Begriff, den Unna mit dem Worte Hyalin verbindet. Denn Unna (Zur Kenntniss der hyalinen Degeneration der Carcinomepithelien, Lassar's dermatologische Zeitschrift 1894) nennt auch solche Gebilde hyalin, die im Protoplasma liegen, ohne dass der Kern in die Veränderung verwickelt wäre. Dabei unterscheidet er diffuse und umschriebene hyaline Substanzen, von denen hier natürlich nur die letzteren in Betracht kommen können und zwar diejenigen, die intracellulär gelegen sind.

Es wären dies rundliche Ballen, die meist neben dem Kerne liegen und die als homogene Tröpfchen in grösserer Anzahl (8—10 und mehr in einer Zelle) nicht nur im Protoplasma, sondern auch im Nucleoplasma erscheinen; in der Folge vergrössern sie sich, können confluiren und acht- oder kleeblattähnliche Formen annehmen. Es erhellt aus dieser Schilderung, dass schon bezüglich der Form und der Zahl wesentliche Differenzen zwischen Unna's hyalinen und unsern Gebilden bestehen; wir haben niemals kleinere „Tröpfchen", die den Eindruck machten, als ob sie sich vergrösserten, bemerkt, und ferner haben wir nie die geschilderten analogen Veränderungen in den Kernen wahrgenommen. Noch deut-



licher tritt der Unterschied bei den Tinctionsverhältnissen zu tage. Unna hat seine Gebilde wesentlich mit Säurefuchsin, Eosin und Orcein dargestellt. Wir dagegen haben bei vielmals vorgenommenen Färbungen mit Eosin niemals die geschilderten Gebilde finden können. Mit der van Gieson'schen Methode (Hämatoxylin, Säurefuchsin und Pikrinsäure) gelang es uns, die Gebilde ebenso scharf, wie mit Cresylechtviolett, darzustellen; dieselben waren jedoch nicht roth tingirt, sondern gelb, zeigten also keinerlei Verwandtschaft zu Säurefuchsin, sondern vielmehr zur Pikrinsäure. Ausgedehnte Untersuchungen mit Orcein ergeben durchaus negatives Resultat. Im Anschluss an die oben beschriebene circumscripte hyaline Degeneration könnte man noch an eine Identität unserer Gebilde mit Blastomyceten sowie ferner mit den Russel'schen Körperchen denken. Die ersteren unterscheiden sich aber zur Genüge durch ihr häufigeres Vorkommen, ihre polymorphe Gestalt und ihre tinctoriellen Eigenschaften. Abgesehen davon, dass sie durch Cresylechtviolett-Färbung einen deutlich violetten Ton annehmen, so ist noch, ebenso wie bei den Russel'schen Körperchen, in ihnen deutlich eine verschieden intensive Färbung zu constatiren, indem die Peripherie des Gebildes einen matten, hellblauen Ton annimmt, während das Centrum ganz intensiv violett gefärbt ist. Pianese, welcher gleichfalls diese Beobachtung gemacht und veröffentlicht hat (S. Pianese, Beitrag zur Histologie und Aetiologie des Carcinoms, erstes Supplementheft der Beiträge zur pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie von Prof. Ziegler, 1896) erklärt dieses verschiedene tinctorielle Verhalten dadurch, dass in der Peripherie noch eine rein hyaline Substanz besteht, während das Centrum sich in einen „Colloidblock" verwandelt hat; zu dieser Unterscheidung ist er gelangt auf Grund seiner Färbungsmethoden mit Malachitgrün, saurem Fuchsin und Nigrosin, nach vorausgegangener Fixirung mit Osmium-Chrom-Platin-Ameisensäure-Mischung. Nach dieser Methode färbt sich die Peripherie roth, das Centrum intensiv grün. Bezüglich der Russel'schen Körperchen sei noch hinzugefügt, dass sie gleichfalls in grösserer Anzahl vorkommen und mit Cresylechtviolett und auch mit der Weigert'schen Fibrinfärbungs-



methode eine wesentlich andere Tinction aufweisen, als die fraglichen Gebilde. Ausserdem haben wir wenigstens niemals Russel'sche Körperchen in Zellen beobachten können.

Schliesslich ist noch der sogenannten Zelleinschlüsse Erwähnung zu thun, die aber ohne Weiteres auszuschliessen sind, da dieselben alle möglichen Formen besitzen, meist einen gut erhaltenen Kern oder aber die Reste eines solchen aufweisen und niemals eine so homogene und gegen das sie umgebende Protoplasma so differenzirte Färbung zeigen.

Nachdem nun alle in Betracht kommenden Degenerations- und andere Producte ausgeschlossen werden konnten, handelt es sich darum, zu beweisen, dass unsere Vermuthung, dass die Gebilde, trotzdem sie unter dem Stratum corneum liegen, doch verhornte Substanzen wären, richtig sei. Der Gedanke lag a priori schon deshalb nahe, weil die Gebilde sich immer nur in der Nähe von verhornten Substanzen fanden, und zwar nur dann, wenn eine besonders intensive Verhornung vorlag. Wie schon oben erwähnt, hatten 6 andere Hautcarcinome mit nur mässig starker Verhornung und mehrere Cylinderzellenkrebse keine solchen Gebilde aufzuweisen. Indessen war hierdurch noch kein stricter Beweis erbracht; anders durch die mikrochemische Reaction! Bei der von uns am häufigsten gebrauchten Cresylechtviolett-Färbung stimmte die Färbung der fraglichen Schollen durchaus mit derjenigen der Hornschicht und Cancroidperlen überein. Schon früher hatte der eine von uns (Archiv für mikroskopische Anatomie und Entwicklungsgeschichte, Band 53, 1898) die Vermuthung ausgesprochen, dass da, wo die Säure des Cresylechtviolett überwiegt, eine blaue Tinction hervorgerufen wird, eine Hypothese, die späterhin auch von Weidenreich (Archiv für mikroskopische Anatomie von Waldeyer, 1900) angenommen wurde. (Nicht übereinstimmen können wir aber mit diesem Forscher, wenn er die Blaufärbung der Hornschicht auf die Säure des Schweisses zurückführt, obwohl diese Annahme für den ersten Blick etwas Bestechendes hat. Wenigstens wäre es nicht zu erklären, wie dann schon tiefer in der Epidermis liegende Gebilde blau gefärbt werden, wie dies thatsächlich bei den in Frage stehenden der Fall ist.) Die übereinstimmende Färbung



muss doch jedenfalls zu dem Schlusse führen, dass es sich um ganz gleiche Substanzen handelt. Es gibt aber noch andere Färbungen, durch welche Horngebilde in neuerer Zeit specifisch dargestellt werden. Dazu gehört die Gram'sche und die Weigert'sche Fibrin-Färbung; mit der ersteren hat Ernst (Ziegler's Beiträge 1897, Band 21; Ernst: Studien über pathologische Verhornung mit Hilfe der Gram'schen Methode) bei der Untersuchung von verhornten Hautcarcinomen und anderen Tumoren nach seiner Auffassung richtige Keratingranula dargestellt und auch den in Rede stehenden ähnliche Gebilde beschrieben, denen er dieselbe Deutung gibt. Nachdem er festgestellt hatte, dass sie in derselben Weise, wie das Stratum corneum auf die Gram'sche Färbung reagirten, kam Ernst zu dem Schlusse, dass die vielbesprochenen Krebsparasiten neben allen möglichen Degenerations-Producten gelegentlich auch in Verhornungsvorgängen vorgetäuscht werden; in solchen Fällen sei es eine diffuse Färbung, die sich diesen „kugeligen Gebilden“ mittheilen, eine feine Granulirung komme nicht zum Vorschein. Unsere Versuche nach dieser Richtung hin fielen negativ aus. Anders, wie schon erwähnt, mit der van Gieson'schen Färbung, die ebenfalls von Ernst zur Färbung verhornter Substanzen angewendet worden ist; mit dieser Methode konnten die fraglichen Protoplasma-Veränderungen mit Sicherheit nachgewiesen werden; sie stellten sich genau in derselben gelblichen Färbung dar, wie die anderen Hornmassen. Ein fernerer Beweis wurde schliesslich noch durch Anwendung der Unna'schen Verdauungsmethode erbracht. Unna behauptet, dass nach der Pepsin-Salzsäure-Verdauung die verhornten Substanzen übrig blieben, alles andere aber zerstört wurde. Auf Grund seiner Untersuchungen gelangt er zu folgender Definition der Hornzellen: Hornzellen sind Oberhautzellen, welche makroskopisch ein hartes trockenes, mehr oder weniger transparentes Gewebe darstellen und in Verdauungssäften sich nicht auflösen, sondern dabei eine unverdauliche, aus Keratin bestehende Hüllmembran zurücklassen. Diese Verdauungsmethode, mit deren Hilfe er seine früher aufgestellte Behauptung zu beweisen suchte, dass die Verhornung der Zelle nur auf den Zellmantel sich beschränke, wird

folgendermassen angewandt: Die ausserordentlich feinen Schnitte, die aus Stücken entnommen sind, welche in Alkohol vorbehandelt und später entfettet sind, werden in Aether-Alkohol von Celloidin befreit, in Alkohol und nach einiger Zeit in Wasser übertragen; dann kommen sie bei einer Temperatur von 40—41° Celsius 12 Stunden bis 3 Tage lang in die Verdauungsflüssigkeit (Aqu. 100, Acid. hydrochlor. 1·0, Pepsin. 0·5); nach beendigter Verdauung spült man die Schnitte in Wasser ab, bringt sie in Alkohol, nach einiger Zeit in Wasser, um sie gehörig auszubreiten, trocknet auf dem Objectträger an, färbt in der Wärme eine Minute lang in polychromer Methylenblaulösung, fixirt mit 1%ger Lösung von rothem Blutlaugensalz, trocknet wieder ab, entfärbt mit salzsaurem Alkohol, hellt in Bergamottöl auf und montirt in Canadabalsam. Wir haben nun eine grosse Reihe sehr feiner Schnitte (etwa 3 bis 4 μ) zuerst mit Cresylechtviolett gefärbt, die Lage unsrer supponirten Hornschollen durch genaue Zeichnung fixirt und nach völliger Entfärbung, die in absolutem Alkohol mit Leichtigkeit zu bewerkstelligen ist, der Verdauungsprocedur und Nachfärbung, genau folgend den oben angeführten Vorschriften Unna's, unterzogen. Leider ist es uns, da die feinen Schnitte sehr vielen Alterationen ausgesetzt werden — man berücksichtige besonders das wiederholte Uebertragen derselben aus Alkohol in Wasser — nur in wenigen Fällen gelungen, zum Schlusse zu gelangen. Während jetzt die Cancroidperlen das durch Unna uns bekannt gewordene typische Bild mit den concentrisch geschichteten dunkelgefärbten Hornbalken und den schmalen freien Lücken aufwiesen, fand sich an Stelle unsrer Gebilde eine diesen an Form und Umfang genau entsprechende, homogene dunkle Scholle, von der sie umgebenden Zelle und vom Kern war nicht die Spur mehr vorhanden. Diese Uebereinstimmung in ihrem Verhalten gegenüber der Verdauung lässt wohl kaum noch einen Zweifel aufkommen, dass es sich hier um ein Verhornungsproduct handelt; und selbst wenn dieses Verhalten der Verdauung gegenüber nicht den anderen verhornten Substanzen so ganz analog gewesen wäre, würde dieser Umstand doch nicht gegen ihre Hornnatur gesprochen haben, hatten z. B. doch erst Färbungsproceduren den Beweis zu erbringen ver-



mocht, dass das von Kühne angenommene Neurokeratin keine Existenzberechtigung hatte.

Aus der bisher gepflogenen Erörterung geht sonach mit Sicherheit hervor, dass die von uns beschriebenen Gebilde echte, in der lebensfähigen Epidermis gelegene Hornsubstanzen sind, die wir nur bei Plattenepithel-Carcinomen mit besonders intensiver Verhornung und zwar nur in der nächsten Umgebung von Cancroidperlen constatiren konnten. Wahrscheinlich sind unsere Gebilde identisch mit den von Ernst kurz erwähnten; sicher erscheinen sie uns als Beweis, dass die Verhornung sich nicht immer, wie Unna behauptet, nur auf den Zellmantel beschränkt, noch dass sie, wie von Recklinghausen meint, den Kern zum Ausgangspunkt nimmt. Wir legen Gewicht darauf, unsern Befund deshalb zu betonen, weil die meisten Dermatologen derzeit wohl noch im Banne der Unna'schen Anschauung sind. Uebrigens hat auch Okamura (Ueber die Entwicklung des Nagels beim Menschen, Archiv für Dermatologie und Syphilis, LII. Band, 2. Heft) Hornsubstanz in den Zellen gefunden, aus denen der Nagel hervorgeht. Er sagt selbst: „Wir haben also eine neue Eigenthümlichkeit der Epidermiszellen aufgedeckt, die darin besteht, dass deren Protoplasma Hornsubstanzen in Form von Körnchen auszuscheiden vermag.“ Es thut nichts zur Sache, dass Okamura Körnchen fand, wir aber grosse Schollen constatirten. Auch Okamura macht darauf aufmerksam, dass die Verhornung in anderer Weise vor sich gehen kann, als es die herrschende Lehre bislang annimmt.



Erklärung der Abbildungen auf Taf. V.

Fig. 1 u. 2: Aus Schnitten von 2 verschiedenen Plattenepithel-Carcinomen. Färbung mit Cresyl-Echtviolett. *a*) Cancroidperle, *b*) atypische Hornscholle innerhalb einer Zelle.

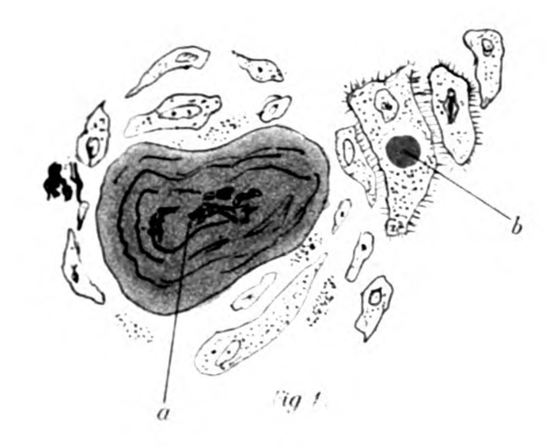
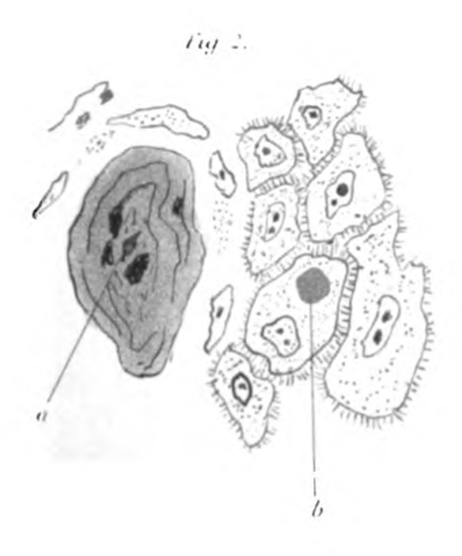


Fig. 1.

Fig. 2.



Herxheimer u. Hildebrand: Ueber atypische Horngebilde.



Aus der Königl. dermat. Universitätsklinik zu Breslau.

Experimentelle Untersuchungen über die Quecksilberresorption bei der Schmierkur.

Von

Dr. **Fritz Juliusberg,**
Assistenzarzt der Klinik.

Die Frage: auf welchem Wege gelangt das Quecksilber der auf der Haut verriebenen grauen Salbe in den Organismus? hat zwar, wie die umfangreiche Literatur zeigt, eine ganz besonders eingehende Berücksichtigung gefunden, doch müssen wir sie trotz der Fülle sicher nachgewiesener Einzelheiten in Anbetracht der auseinandergehenden Meinungen der meisten Autoren vorderhand noch als ungelöst betrachten.

Auf die historische Entwicklung der verschiedenen Ansichten einzugehen, habe ich um so weniger Veranlassung, als dies bereits in mehreren experimentellen Arbeiten im Rahmen einer Einleitung ausführlich geschehen ist; ich kann um so eher davon Abstand nehmen, als ich die grundlegenden Veröffentlichungen im Laufe meiner Betrachtungen ohnehin streifen muss.

Fragen wir uns zunächst: auf welchem Wege und in welcher Form kann überhaupt das Quecksilber der grauen Salbe in den Körper gelangen, so müssen wir von vorneherein mit vier Möglichkeiten rechnen:

1. Das Quecksilber wird in der chemischen und physikalischen Beschaffenheit, in der es sich in der grauen Salbe befindet, also als reines flüssiges Metall in die Haut mechanisch eingerieben.



2. Das Quecksilber geht auf der Haut mit andern chemischen Körpern Verbindungen ein, die erst seinen Durchtritt durch die Haut gestatten.

3. Das Quecksilber verdunstet auf der Haut und die Quecksilberdämpfe dringen durch die Haut in den Körper.

4. Das Quecksilber, ausser Stande die Haut zu durchdringen, gelangt in Form von Quecksilberdämpfen auf die Lungenoberfläche und wird von dort resorbirt, d. h. die Quecksilberaufnahme findet durch Einathmung statt.

Endlich ist natürlich auch die Möglichkeit gegeben, dass durch eine Combination mehrerer Wege die Quecksilberaufnahme zu Stande kommt.

Nachdem einmal auf Grund der bekannten Veröffentlichung Kirchgässer's auf die Wirkung der Quecksilberdämpfe bei Inunctionen hingewiesen war, hat man diesem gasförmigen Quecksilber immer grössere Aufmerksamkeit zugewendet. Einige Autoren haben diesen Dämpfen einen bedeutenden, wenn nicht den einzigen Antheil bei der Cur zugeschrieben, (Rémond, Merget, Welander, Neisser) resp. auf Grund dieser Annahme neue Behandlungsmethoden versucht oder empfohlen (Merget, Vigier, Dind, Welander, Blomquist und Åhmann, Kutner, Blaschko, Sänger).

Eine grosse Anzahl Autoren hat auf mikroskopischem Wege untersucht, ob das Quecksilber der grauen Salbe sich durch die Haut einreiben lässt. Während einige ältere Untersucher (Oesterlen, Eberhard, Overbeck, Blomberg) Hg-Kügelchen nach Einreiben reichlich im Corium und subcutanem Gewebe beobachtet haben, Auspitz nur ein spärliches Vorkommen derselben constatirt, sind sich die Mehrzahl der älteren und alle neueren Untersucher darüber einig, dass das Hg der grauen Salbe wenigstens in unverändertem Zustande sicher nicht die Haut durchdringt (Hoffmann, Bärensprung, Voit, Zuelzer, Rindfleisch, Neumann, Fleischer, Fürbringer, Pinner, Hugo Müller, Manasseïn, Brock). Auch ich habe an der Haut von Menschen, Hunden, Schweinen und Kaninchen reichliche mikroskopische Untersuchungen nach Inunctionen mit grauer Salbe ausgeführt. Theils habe ich die entnommenen Stücke sofort nach der Entnahme mit dem Gefriermikrotom geschnitten, theils nach Härtung in Alkohol oder Müller'scher Flüssigkeit Paraffin- und Celloidenschnitte angefertigt. Auf Grund dieser Untersuchungen muss ich mich voll und ganz den Autoren anschliessen, die einen Durchtritt reiner metallischer Quecksilberkügelchen durch die Haut in Abrede stellen und nur zugeben, dass es gelingt, einen Theil



dieser Kügelchen in die Haarfollikel und in die Ausmündungsstellen der Talg- und Schweissdrüsen hineinzureiben.

Für Bärensprung hängt die Wirksamkeit der grauen Salbe von ihrem Oxydulgehalte ab, das an Fettsäuren gebunden zur Resorption komme. Der Umstand jedoch, dass der Oxydulgehalt in frisch bereiteter Salbe, über deren Wirkung kein Zweifel besteht, ein sehr unbedeutender ist (Wings, Anuschat), nimmt dieser Annahme ihre Grundlage. Für Mialhe, Voit und Fürbringer ist ein Oxydulgehalt der grauen Salbe von vornherein zur Resorption nicht erforderlich. Für diese Forscher findet am Orte der Application zunächst eine Oxydation statt. Als zweite Phase folgt dieser Oxydulbildung die Ueberführung in eine lösliche Quecksilberverbindung durch die Einwirkung der Hautsecrete und dann erst eine Resorption durch die Haut in die Säftemasse. Wenn auch von manchen Seiten grade gegen die chemische Natur der nach Voit und den andern Forschern angeblich sich bildenden Salze Einspruch erholen wird, so ist doch gegen die Grundannahme, dass überhaupt das Quecksilber durch Bildung resorbirbarer Salze durch die Haut zur Aufnahme käme, bis jetzt kein stichhaltiger Grund erhoben worden. Jedenfalls bedürfen bezüglich dieses Punktes speciell die Angaben Balogh's Berücksichtigung und ev. Nachprüfung.[1]) Freilich ist auch diese Hypothese am lebenden Körper nicht mit Sicherheit festgestellt und, sollte auch in gewissem Umfange auf diesem Wege eine Quecksilberresorption zu Stande kommen, so ist es sicher von Interesse, sich darüber klar zu werden, welche Mengen von Quecksilber auf diese Weise zur Resorption und damit zur Wirksamkeit kommen. Da zur Beurtheilung dieses Aufnahmemodus und überhaupt der Frage, ob durch die Haut thatsächlich Hg zur Aufnahme kommt, uns die mikroskopische Untersuchung keinen Aufschluss zu geben vermag, hat eine Reihe von Autoren eine Versuchsanordnung eingeschlagen, die ich kurzweg als „Verbandversuche" bezeichnen will. Man beabsichtigte mit diesen Experimenten graue Salbe auf die Haut zu bringen und, indem man während der Versuche durch einen die eingeriebene Stelle abschliessenden Verband die Einathmung des verdunstenden Quecksilbers vermied, aus der chemischen Untersuchung der Se- und Excrete zu erfahren, ob überhaupt, resp. in welchen Mengen Hg auf diese Weise in den Organismus gelangt.

Im allgemeinen wurde bei diesen Versuchen die aufgetragene Salbe mit einem undurchlässigen Verband aus Gummipapier oder Kautschuk gegen die Verdunstung nach aussen geschützt. Als unerlässlich muss es natürlich erachtet werden, dass auch die während der Einreibung entstehenden Quecksilberdämpfe an ihrer Einathmung durch eine geeignete

[1]) Fiblene (cf. auch Mahn) hat festgestellt, dass durch die Epidermis eine Resorption des Quecksilbers der grauen Salbe nicht stattfindet; er nimmt mit Rücksicht auf die pharmakodynamische Wirkung der grauen Salbe auf die Haut (Mercurial-Eczeme) an, dass die Resorption durch Schweissdrüsen, Talgdrüsen oder Haarbälge erfolgt.



Maske oder dadurch, dass die Einathmungsluft von aussen zugeführt wurde, verhindert wurden.

Derartige Versuche sind von Fleischer, Ferrari und Asmundo, Rémond, Piccardi, Merget, Schuster, Welander und Roth ausgeführt worden.

Fleischer hat bei seinem Versuch den obigen Bedingungen entsprochen, und im Urin von 60 St. — so lange blieb der Verband liegen — mittelst der Ludwig'schen Methode geringe Quecksilbermengen nachweisen können.

Doch da Fleischer nicht graue Salbe, sondern ölsaures Quecksilberoxyd zur Einreibung verwandte, ist dieser Versuch zur Lösung unserer Frage kaum zu verwenden.

Ferrari und Asmundo führten durch einen complicirten Apparat die Athmungsluft während der Inunction von aussen zu und vollzogen an 3 Patienten je 6 Inunctione. Die inungirten Stellen wurden mit luftdichtem Verbande versehen.

Merget wirft diesem Versuche mit Recht vor, dass, nachdem am Tage der neuen Inunction die alten Flächen von Hg angeblich gereinigt und unbedeckt blieben, doch sich nicht alle verdunstbaren Hg-Reste von der Haut sich entfernen liessen. Nur bei einem dieser Patienten konnten Ferrari und Asmundo geringe Hg-Mengen im Urin constatiren, bei den beiden andern fand sich bei der Untersuchung des Urins mittelst Elektrolyse keine Spur von Hg.

Rémond hat bei seinem Versuche die Athmung während der Einreibung überhaupt nicht verhindert und schon aus diesem Grunde ist sein Resultat nicht als einwandsfrei zu bezeichnen. Er kommt zu dem Schluss, dass auch die Haut, wenn auch mit geringerer Schnelligkeit als die Lunge, Quecksilber absorbirt.

Bei Piccardi's Versuchen ist gleichfalls eine Verhinderung der Einathmung des verdunstenden Hg's während den Inunctionen unterlassen worden. Er wählte neben einer metallisches Quecksilber enthaltenden Schweinfettsalbe Einreibungen mit einer Calomelsalbe nach den Vorschriften Bovero's und Ruata's und Ueberpinslungen mit Calomel-Traumaticin nach Angaben Peroni's. Seine Urinuntersuchungen, vollzogen nach den Methoden von Almen Schillberg (citirt bei Welander), Winternitz, Brugnatelli (citirt bei Bovero) und Jolles, hatten stets ein positives Ergebniss.

Merget's Versuche bedeuten insofern einen Fortschritt als er die eben erwähnten Fehler der früheren Untersucher vermied. Er untersuchte den Urin mittelst einer von ihm selbst angegebenen Methode und konnte Hg nie nachweisen. Zwei weitere Versuche rühren von Schuster und Welander her. Schuster wandte bei seinem Fall Quecksilberseife an, während Welander graue Salbe applicirte. Wie aus der Beschreibung beider Versuche hervorgeht, lassen sich gegen sie dieselben Einwände wie gegen die vor Merget veröffentlichten Verbandversuche erheben. Beide Forscher fanden reichlich Hg im Urin. Aber während Schuster mit

seinem Experiment den Beweis zu bringen sucht, dass die Haut fähig ist, Quecksilber zu absorbiren, lässt Welander die Möglichkeit offen, dass die Bandage nicht hinreichend dicht war, um alle Hg-Dämpfe zurückzuhalten und er hat dies auch in der That durch einen weiteren Versuch erwiesen. Bei dem von Roth unternommenen Verbandversuch, bei welchen übrigens beim Verbandwechsel keinerlei Vorsichtsmassregeln gegen eine ev. Einathmung getroffen wurden, konnte am 10. Tage kein Hg, am 18. Spuren von Hg im Urin nachgewiesen werden.

Mit Spiegler's Behauptung, dass die Schmiercur bei Leuten mit Lichen pilaris in ihrer Wirksamkeit so wesentlich hinter der bei Patienten mit normaler Haut zurückstände, kann ich nach unseren Erfahrungen nicht übereinstimmen; ich kann noch hinzufügen, dass ich bei einem mit hochgradigem Lichen pilaris behafteten Patienten, während seiner ersten Schmiercur 10 Tage lang täglich den Urin untersuchte, aber eine Differenz in der Quecksilberausscheidung gegenüber der bei unsern andern Fällen nicht constatiren konnte.

Die Behauptung, dass bei Blaschkos Mercolintschürzen und Schmiercuren, dort wo der Schurz aufliegt oder die Salbe aufgetragen ist, die Hautsymptome der Syphilis schneller schwinden, als an andern Körperstellen, kann ich bestätigen; aber dieser Thatsache mangelt jede Beweiskraft, denn dort, wo luetische Erscheinungen vorhanden sind, kann man nicht von intacter Haut sprechen. Ebenso wenig kann gegen die Thatsache, dass Hg bei der Schmiercur eingeathmet wird, die Behauptung von Vajda und Paschkis, dass sie in einem für eine Schmiercur verwandten Zimmer Hg nicht nachweisen konnten angeführt werden, da sie im Gegensatz zu den Mittheilungen neuerer Forscher von der Verdunstungsfähigkeit des Quecksilbers steht.

Die Gründe, die O. Ziemssen zur Stütze seiner Annahme, dass das Hg der grauen Salbe in Gasform die Haut durchdringe anführt, sprechen wie mir scheint, nur dafür, dass das Quecksilber auf der Haut stark verdunstet. Der einzige Punkt, der gegen die Lungenaufnahme ins Feld geführt wird: nämlich die Thatsache, dass Goldplomben bei der Schmiercur im Gegensatz zu den goldenen Uhren, Ketten etc. der Patienten nicht amalgamirt werden, ist meinen Beobachtungen nach allerdings richtig; aber hier hindert der Ueberzug dieser Goldplomben mit Speichel und dem übrigen Mundsecret natürlich die Amalganirung.

Ueberblicken wir die so eben angeführten Experimente, so müssen wir zwar zugeben, dass zum mindesten bei Merget die Versuchsanordnung eine derartige war, dass die Aufnahme von Hg durch die Lungen ausgeschlossen erscheint, aber wir dürfen nicht unerwähnt lassen, dass der Abschluss durch einen impermeablen Verband, wie dies auch Welander jüngst betonte, sicher den Versuch insofern beeinflusst, dass wir nicht mehr von einer unverletzten Haut sprechen können. Trotz-



dem ergibt sich aus der Mehrzahl dieser Experimente als praktisches Resultat, dass da, wo die Aufnahme des Quecksilbers durch die Athmungswege ganz oder zum grössten Theil verhindert wird, die Quecksilberausscheidung und damit also die Quecksilberaufnahme im Allgemeinen eine wesentlich geringere ist.

Auch ich habe in Rücksicht auf den unleugbar praktischen Werth derartiger Versuche einige Verbandversuche ausgeführt. Da ich bei diesen und ähnlichen Experimenten mich theils mit Untersuchung von Urin und Koth theils mit der Untersuchung thierischer Organe beschäftigen musste, will ich hier in aller Kürze auf die von mir benutzten Methoden eingehen.

Zur Urinuntersuchung bediente ich mich ausschliesslich der von Hoehnel publicirten Methode. Der Autor selber war so freundlich, mir im hiesigen chemischen Laboratorium für Pharmaceuten die Art der Untersuchung zu zeigen, wofür ich ihm zum grössten Danke verpflichtet bin.

Hoehnel verfährt in folgender Weise: 1 Liter Harn wird auf dem Wasserbade auf ein Viertel eingedampft; es werden 3—4 Gr. frisches reines Cyankalium hinzugefügt und sodann wird bei 60—70° ½ Stunde lang digerirt. Darauf wird filtrirt und in das Filtrat werden 2—3 Streifen sorgfältig gereinigtes dünnes Kupferblech von je 10 Ccm. Fläche gebracht. Sodann wird das Filtrat mit den Kupferblech 2 St. bei 60—70° digerirt, die Kupferbleche werden aus der Flüssigkeit entnommen, sorgfältig mit Wasser, Alkohol und Aether abgespült und lufttrocken gemacht. Von diesen bei Anwesenheit von Hg amalgamirten Blechen wird das Quecksilber durch Sublimiren in Glasröhren als ein, auch bei kleinen Mengen mikroskopisch, sichtbarer Niederschlag frei gemacht.

Auf diese Weise kann man, ähnlich wie dies Welander gethan hat, gut brauchbare, schätzungsweise Resultate erhalten.

Bei Koth und den Thieren entnommenen Organen war ich darauf angewiesen, zunächst die organische Substanz, wie dies Ludwig empfohlen, durch Salzsäure und chlorsaures Kalium zu zerstören. Aus der gewonnenen Flüssigkeit wurde nach Entfernen des Chlors das Hg in gleicher Weise, wie oben beim Urin, als Amalgan auf Kupferbleche niedergeschlagen und von diesen durch Sublimiren frei gemacht.[1])

Es hat sich mir als praktisch erwiesen, die gefundenen Queck-

[1]) Dass bei der Zerstörung der organischen Substanz durch chlorsaures Kali und Salzsäure auch aus offenen Kochflaschen kein Hg abdunstet, davon hatte mich ein Controlversuch überzeugt. Bei der Verarbeitung des Urins mittelst Cyankalium gehen aus offenen Kochflaschen etwa 20% Hg. verloren.

silbermengen in einer Reihe von Analysen zahlenmässig darzustellen. Trotz aller Fehlerquellen, die auch der Verfasser zugibt, habe ich mich des von Eschbaum angegebenen Verfahrens bedient, einerseits weil ich auf diese Weise durch grössere Versuchsreihen immerhin Durchschnittsresultate erzielen musste, anderntheils weil ich durch Controlle mit dem mikroskopischen Hg-Befunden in der Lage war, dass mir gröbere Fehler nicht entgingen. In der That konnte ich mich im Laufe meiner sehr zahlreichen Untersuchungen (mehr als 500 Analysen im Laufe des letzten Jahres) überzeugen, dass die wieder gegebenen Zahlen in deutlichem Verhältnisse sowohl zu der Amalgamirung der Kupferbleche wie zu der Beschaffenheit des Quecksilberspiegels standen.

Zu den folgenden Verbandsveruchen nahm ich natürlich nur Patienten, bei denen, soweit sich eruiren liess, eine Quecksilberdarreichung nie stattgefunden hatte. Die Versuche selber führte ich in Zimmern aus, in denen lange Zeit eine Quecksilbercur nicht ausgeführt war.

Zu dem ersten meiner Verbandversuche, der im allgemeinen die Versuchsanordnung Merget's nachahmte, wählte ich einen Patienten, in dessen Urin ich bei zweitägiger Untersuchung Hg nicht constatiren konnte. Bevor die Einreibung ausgeführt wurde, was stets in einem anderen Zimmer geschah, als in dem, wo sich der Patient tagsüber ständig aufhielt, wurde das Gesicht mit einer festsitzenden Maske bedeckt, die mit in 10%iger Argent. nitric.-Lösung getränkter Watte austapezirt war.[1]) Die Einreibungen wunden alle Uebertage mit 5 Gr. der officinellen grauen Salbe (von $33^1/_3$% Hg-Gehalt) auf jeden Arm ausgeführt und zwar wurde jeder Arm 15 Min. lang eingerieben. Es wurden 5 derartige Einreibungen am 1., 3., 5., 7. und 9. Tage ausgeführt, also im Ganzen 50 Gr. Ung. cin. angewendet. Die sofort nach erfolgter Inunction angelegten Verbände wurden immer erst direct vor der neuen Einreibung entfernt; die letzten am 9. Versuchstage angelegten Verbände blieben bis zum 15. Tage liegen. Der Verband wurde derartig angelegt, dass die eingeriebene Haut zunächst mit Lint, darüber mit einer dicken Lage Verbandwatte, und über dieselbe mit einer doppelten Schicht Gummipapier bedeckt wurde.[2]) Ueber dieses kam wiederum

[1]) Davon, dass so hoch concentrirte Arg. nit.-Lösungen in der That im Stande sind, Quecksilberdämpfe zurückzuhalten, hatten mich Vorversuche überzeugt.

[2]) Von den hier in Betracht kommenden Bedeckungen (Billrothbattist

Watte und der ganze Verband wurde mit einer Binde fest umwickelt. Zu erwähnen ist, dass am 5. und 7. Tage schon vor der Einreibung die Haut eine stärkere Röthung zeigte, als in der Norm. Trotzdem kam es bei fortgesetzten Inunctionen zu keiner eczematösen Veränderung. Ich vermuthe, dass die Hautveränderungen der Wirkung des macerirenden Verbandes zuzuschreiben sind.

Eine Stomatitis oder Salivation wurde im Verlaufe des Versuches und auch späterhin nicht beobachtet, obgleich die bei der Schmiercur übliche Mundpflege nicht ausgeführt wurde. Urin und Kot wurde vollständig bis zum 15. Tage untersucht. Im Urin gelang es erst am 9. Tage geringe Mengen von Quecksilber nachzuweisen. Im Koth fand ich schon nach der 3. und 4. Inunction (im Gesammtkoth vom 5.—8. Tage) eine geringe Quecksilbermenge. Immer war, nachdem einmal der Quecksilbernachweis in dem betreffenden Secrete resp. Excrete gelungen war, der Befund ein positiver; aber die gefundenen Quecksilbermengen waren stets nur unbedeutend, markirt durch eine geringe Menge mikroskopisch grade sichtbarer kleinster Hg-Hügelchen, nur im Koth vom 9. und 10. Tage zusammen war die Anzahl der Kügelchen reichlicher.

Da, wie ich oben bemerkt habe, diesem Experimente wegen der unter dem impermeablem Verband nothwendig erfolgenden Hautveränderung (die durchaus nicht in sichtbaren pathologischen Zuständen, sondern auch nur in Störungen ihrer Function sich vollziehen konnte), nur eine beschränkte Bedeutung zuzuschreiben ist, versuchte ich das Gummipapier durch einen Verband zu ersetzen, der nicht für die gewöhnlichen Luftbestandtheile impremeabel wäre, aber einen Durchtritt der Quecksilberdämpfe verhinderte. Da die Salze der Edelmetalle,

---

Gummipapier, Protectiv-silk) ist Gummipapier, wie mich eine Reihe von Laboratoriumsversuchen überzeugte, in der That fähig, wenigstens so lange es nicht geknickt wird, Hg-Dämpfe zurückzuhalten. Nicht in ganz vollkommenem Masse braucht dies aber zu geschehen, wenn, wie beim Verbande unerlässlich, Knickungen sich bilden. Doch kann es sich dann nur um den Durchtritt minimaler Mengen handeln, wie ich aus ihrer Wirkung auf die von Merget empfohlenen quecksilberempfindlichen Papiere (mit ammoniakalischer Silbernitratlösung u. Palladiumchlorurlösung getränkt) ersehen konnte.



die an und für sich mir dazu geeignet erschienen, wegen des hohen Kostenpunktes für grössere Wattemengen nicht in Anwendung kommen konnten, habe ich Watte mit 5%iger Cyankaliumlösung imprägnirt, getrocknet, und hiezu benutzt. Ich möchte an dieser Stelle nur kurz bemerken, dass keine irgendwie giftigen Gase aus dieser Watte zur Verdunstung kommen. Hinzufügen muss ich jedoch, dass einerseits diese Watte nicht mit völliger Sicherheit alles verdunstende Hg auffängt, andererseits auch stärkere Watteverbände, wenn sie auch nicht so macerirend wirken, wie impermeable Gummipapierumhüllungen, keineswegs als indifferent für die Haut aufzufassen sind. Ich führte die zwei Verbandversuche, die ich mit dieser präparirten Watte vornahm, nicht in den Räumen unserer Klinik aus, sondern in vier Zimmern der medicinischen Klinik, die Herr Geheimrath Kast so freundlich war, uns zur Verfügung zu stellen, in denen jedenfalls im letzten Jahre eine Schmiercur nicht vollzogen war und die vor den Versuchen tagelang gelüftet wurden. Der Gebrauch der Maske erfolgte wie bei obigem Versuche. Der Verband wurde in der Weise angelegt, dass nach der Inunction die eingeriebene Extremität mit Lint umwickelt wurde. Hierüber wurde ein Eisendrahtgitter befestigt, das cylinderartig hergestellt, nur am oberen und unteren Ende die Extremität fest umschloss, derart dass der äussere Verband nicht direct auf die Haut zu liegen kam. Das Gitter wurde mit 2 dicken Schichten Verbandwatte, zwischen die eine Lage präparirte Watte eingeschoben war, bedeckt. Dieser Verband wurde mit Bindetouren sorgfältig umwickelt; an den Stellen, wo ein Verschieben noch am ehesten möglich war, also in der Nähe der Gelenke, wurde durch einige Stärkebindetouren eine sichere Fixation ermöglicht. Der Verband blieb stets liegen, bis die betreffende Extremität von neuem eingerieben wurde, wurde dann erst direct vor dem Einreiben entfernt, sofort nach der Inunction wieder angelegt.

Ich wählte zu diesen Versuchen zwei Patientinnen mit besonders hochgradigen syphilitischen Erscheinungen, um im eventuellen Abheilen derselben einen Indicator für die Wirksamkeit der obigen Inunctionen zu haben, andererseits outrirte



ich die Versuche insofern, als ich zu den Einreibungen ganz besonders grosse Salbenmengen verwandte.

Die erste Patientin zeigte stark hypertrophische Plaques auf beiden Gaumenbögen, auf der Epiglottis am oberen Rande rechts eine 1 Cm. lange, 2 Mm. breite Quellung des Epithels, links eine 4 Mm. lange, strichförmige weissliche Verfärbung.

Im Laufe von 12 Tagen wurden bei dieser Patientin 200·0 Gr. Ung. cin. c. Resorbino parat. 33$^1/_3$ gebraucht, derart, dass an den ersten vier Tagen jede Extremität mit je 6·0, am 5. und 6. Tag je ein Arm mit 15·0, am 7. und 8. Tage je ein Bein mit 20·0, am 9. und 10. Tage wiederum je ein Arm mit 20·0 und am 11. und 12. Tag je ein Bein mit 30·0 Salbe und stets 10 Minuten lang und in energischer Weise eingerieben wurden.

Die Reste der alten Salbe wurden von der betreffenden Extremität bei der Neueinreibung nie entfernt. Trotz der hohen Dosis der täglich verriebenen Quecksilbermengen und obwohl ich verzichtete, die sonst bei der Einreibungscur stets übliche Mundpflege ausführen zu lassen, trat nie Stomatitis oder Salivation auf. Eine Besserung der syphilitischen Symptome trat während der Versuchszeit nicht ein, während als wir im Anschluss an obige Einreibungen bei der Patientin in der üblichen Weise eine Schmiercur von 6·0 Ung. cin. täglich einleiteten, sich ein schnelles Zurückgehen der syphilitischen Erscheinungen constatiren liess. Im Urin und Koth liess sich (bis auf den Urin vom 1. und 3. Tage und den Koth der ersten 2 Tage) stets Quecksilber mit Sicherheit, wenn auch in auffallend geringen Mengen constatiren. Nur im Koth, der stets von 2—3 Tagen zusammen zur Untersuchung kam, war die Zahl der Hg-Kügelchen bei mehreren Analysen etwas reichlicher.

Bei der zweiten Patientin, die beim Eintritt in die Klinik stark hypertrophische, nässende Papeln zeigte, trat während des Versuches eine geringe Besserung insofern ein, als sich die Papeln bei Borsäurebepuderung oberflächlich reinigten und überhäuteten. Die Inunctionen wurden in gleicher Weise, wie bei der obigen Patientin ausgeführt, nur mit dem Unterschied, dass hier nur 100 Gr. Ung. cin. c. Resorbin im

Laufe von 8 Inunctionen à 10 Minuten verbraucht wurden. Im Urin konnte ich ständig, aber nur eine sehr geringe Anzahl kleinster Quecksilberkügelchen constatiren. Der Koth wurde bei dieser Patientin nicht untersucht. Stomatitis oder Salivation traten ebenfalls nicht auf.

Vergleiche ich diese Quecksilberanalysen des Urins (resp. Koths) mit denen, die bei unserer gewöhnlichen energischen Schmiercur von 6·0 Gr. Salbe täglich erhoben wurden (ich habe zum Vergleiche bei 6 derartigen Patienten den Urin täglich untersucht), so zeigt sich eine eclatante Differenz: während bei den Verbandsversuchen die im Urin nachweisbare Quecksilbermenge immer nur eine unbedeutende war und meist nur eine geringe Anzahl kleinster Kügelchen sich constatiren liess, zeigte sich bei diesen Patienten stets ein successives Ansteigen der vorgefundenen Quecksilbermengen, so dass schon nach 4—5 Tagen reichliche kleine und mittelgrosse Hg-Kügelchen sich vorfanden. Eine silberweisse Amalgamirung der Kupferbleche, die bei der Schmiercur stets nach einer gewissen Zeit sich einstellte, konnte ich durch den Urin der Verbandsversuche nie erzielen. Berücksichtige ich ferner den geringen, resp. ganz fehlenden Einfluss der unter dem Verbande gehaltenen ganz ausserordentlich bedeutenden Quecksilbermengen auf die luetischen Symptome, so ergibt sich als praktiches Resultat mit Sicherheit die Thatsache, dass das Quecksilber der grauen Salbe, dessen Dämpfe durch einen Verband an ihre Weiterverbreitung verhindert werden, nur eine geringe resp. gar keine Wirksamkeit entfalten kann.

Da diese Versuche wegen der Schwierigkeit, die Athmung auszuschalten, einerseits, wegen des unvermeidlichen Einflusses des Verbandes auf die Haut andererseits nicht Anspruch auf wissenschaftliche Exactheit machen können, war ich genöthigt eine andere Versuchsanordnung einzuschlagen. Diese beruht principiell darauf, dass in vor dem Versuche sicher quecksilberfreien Räumen den betreffenden Organismen — es konnte sich nur um Thierversuche handeln — während der ganzen Dauer des Versuches nur quecksilberfreie Einathmungsluft zugeführt wurde.

Was für alle folgenden Versuche gilt, ist Folgendes:



Die Untersuchung der Zimmerluft, die jedem Versuche vorausging, erfolgte in der Weise, dass 50—100 Liter Luft durch 2 Chlorcalciumthürme geleitet und dann durch eine dünne Röhre, die mit Jodkrystallen im Innern bestreut war, geführt wurden. Bei dieser von Kunkel und Fessel angebenen und später von Rudolph in Kunkel's Institut angewandten Methode manifestirt sich die Anwesenheit von Quecksilber durch die Bildung rothen Quecksilberjodids. Sie ergab mir sowohl für den qualitativen Nachweis von Hg wie für dessen quantitative Bestimmung auf dem gleichfalls von Kunkel und Fessel angegebenen kolorimetrischem Wege regelmässig auch dort, wo ich geringe Hg-Mengen verdunsten liess, so sichere Resultate, dass ich sie für meine Versuche stets als unbedingt verlässlich benutzt habe.

Die Zufuhr von quecksilberfreier Einathmungsluft wurde dadurch gewährleistet, dass diese von der Strasse aus durch längere Schläuche und eine dem Thiere fest in die Trachea eingebundene gläserne Trachealcanüle zugeführt wurde. Es war dazu selbstverständlich nothwendig, dass zwischen die Trachealcanüle und den Luftzuführungsschlauch ein (mit Gummilappenventilen versehener) Apparat zur Trennung der Ein- und Ausathmungsluft eingeschaltet wurde. Herrn Professor Hürtle, der mir bei Zusammenstellung dieses Apparates freundlicher Weise behilflich war, sage ich an dieser Stelle meinen ergebensten Dank.

Selbstverständlich wurde auch eine etwaige Resorption von der Mundschleimhaut aus durch einen geeigneten Verband verhindert.

Bei Abschluss des Versuches wurde entweder das Thier durch Chloroform getödtet und dann die nicht entbluteten Organe untersucht, oder (dort wo ich von entbluteten Organen spreche) das Thier durch Entbluten getödtet und durch Ausspülung des Gefässsystems mittels Kochsalzlösung möglichst blutfreie Organe geschaffen. Dass die Section des Thieres und die Entnahme der Organe, um in diese nicht Quecksilber von der Haut zu bringen, mit grosser Vorsicht geschehen musste, will ich nicht vergessen, hinzuzufügen. Vor der Inunction wurden die Haare der einzureibenden Partien (Vorderseite und Seiten-

theile der Brust und der oberen Hälfte des Bauches) mittelst einer Maschine möglichst kurz geschnitten; bei der Einreibung wurde das Ueberstreichen der Brustwarzen vermieden. Die Haut der Thiere zeigte nach beendetem Versuche nie sichtbare Veränderungen. In der ersten Versuchsreihe stelle ich die Hunde, bei denen die Athmung ausgeschlossen war, in die 2. Reihe die Controlhunde zusammen, bei denen die Athmung frei gelassen war.

I. Versuchsreihe.

Athmung ausgeschlossen.

1. Hund. Bei Beginn des Versuches 20 Gr. Ung. cin. 15 Minuten lang eingerieben, 24 Stunden später nochmals 20 Gr. 15 Minuten. Tödtung nach 60 Stunden. Organe nicht entblutet.

Leber: 700 Gr. Gewicht. 0·0007 Gr. Hg-Gehalt.
Nieren: 170 Gr. Gewicht. 0·0006 Gr. Hg-Gehalt.

2. Hund. Bei Beginn des Versuches 40 Gr. Ung. cin. 15 Minuten eingerieben. Tödtung nach 48 Stunden. Organe nicht entblutet.

Leber: 600 Gr. Gewicht. 0·0004 Gr. Hg-Gehalt.
Nieren: 180 Gr. Gewicht. 0·0006 Gr. Hg-Gehalt.

3. Hund. Bei Beginn des Versuches 40 Gr. Ung. cin. 15 Minuten lang eingerieben. Tödtung nach 72 Stunden. Organe nicht entblutet.

Leber: 420 Gr. Gewicht. 0·0008 Gr. Hg-Gehalt.
Nieren: 110 Gr. Gewicht. 0·0006 Gr. Hg-Gehalt.

4. Hund. Bei Beginn des Versuches 40 Gr. Ung. cin. 15 Minuten lang eingerieben. Nach 72 Stunden getödtet. Organe nicht entblutet.

Leber: 420 Gr. Gewicht. 0·0006 Gr. Hg-Gehalt.
Nieren: 90 Gr. Gewicht. 0·0015 Gr. Hg-Gehalt.

II. Versuchsreihe.

Athmung nicht gehindert.

1. Hund. Bei Beginn des Versuches 40 Gr. Ung. cin. 15 Minuten lang eingerieben. Nach 48 Stunden getödtet. Organe nicht entblutet.

Leber: 400 Gr. Gewicht. 0·0008 Gr. Hg-Gehalt.
Nieren: 80 Gr. Gewicht. 0·0014 Gr. Hg-Gehalt.

2. Hund. Bei Beginn des Versuches 40 Gr. Ung. cin. 15 Minuten lang eingerieben. Nach 72 Stunden getödtet. Organe entblutet.

Leber: 410 Gr. Gewicht. 0·0013 Hg-Gehalt.
Nieren: 105 Gr. Gewicht. 0·0004 Hg-Gehalt.

3. Hund. Bei Beginn des Versuches mit 40 Gr. Ung. cin. 15 Minuten lang eingerieben. Nach 48 Stunden getödtet. Organe nicht entblutet.

Leber: 460 Gr. Gewicht. 0·001 Hg-Gehalt.
Nieren: 120 Gr. Gewicht. 0·001 Hg-Gehalt.



4. Hund. Bei Beginn des Versuches 40 Gr. Ung. cin. 15 Minuten lang eingerieben. Nach 72 Stunden getödtet. Organe nicht entblutet.

Leber: 290 Gr. Gewicht. 0·0014 Gr. Hg-Gehalt.

Nieren: 54 Gr. Gewicht. 0·0016 Gr. Hg-Gehalt.

Ich gebe die Zahlen, die auch mikroskopisch den gefundenen Hg-Mengen entsprechen, mit Rücksicht auf die kleinen Mengen und die unvermeidlichen Wägefehler natürlich nur mit Reserve wieder und habe mich aus diesem Grunde auch veranlasst gesehen, jeden Versuch viermal zu wiederholen.

Bis auf die auffallend geringe Hg-Menge des 2. Hundes der II. Versuchsreihe in den Nieren ergibt sich ein bedeutender Mehrgehalt an Hg bei den Hunden, bei denen die Athmung ungehindert war. Diese Differenz wird noch deutlicher, wenn man die Zahl auf die Gramme der Organgewichte und auf die Stundenzahl der Hg-Einwirkung umrechnet. Dann ergibt sich dass, da

bei Ausschluss der Einathmung von Hg

auf 2140 Gr. Lebergewicht in 252 Stunden 0·00264 Mgr. Hg
auf 550 Gr. Nierengewicht in 252 Stunden 0·00342 Gr. Hg;

bei freier Athmung

auf 1560 Gr. Lebegerwicht in 240 Stunden 0·0045 Gr. Hg
auf 359 Gr. Nierengewicht in 240 Stunden 0·0044 Gr. Hg
kommen, also:

die Aufnahme von Hg mit Einathmung gegen die ohne Einathmung sich bei der Leber wie 647 : 264;

die Aufnahme von Hg mit Einathmung gegen die ohne Einathmung sich bei den Nieren wie 706 : 342
bei obigen Versuchen verhalten hat.

Durch diese Versuche ist einerseits, wenigstens für die Hundehaut, mit Sicherheit nachgewiesen, dass eine Aufnahme von Hg nach Inunction auch bei vollständigem Ausschluss der Athmung stattfinden kann, andererseits sowohl durch die Lunge wie durch die Haut beträchtliche Hg-Mengen in den Körper gelangen; dass aber, wie es scheint, dem Lungenwege eine grössere Bedeutung zukommt, als dem Hautwege. Dass die Differenz nicht so eclatant ausfällt, wie man nach den obigen Verbandsversuchen an Menschen erwarten durfte, hat seinen guten Grund darin,



dass bei den Hundeversuchen die Verhältnisse für die Einathmung durch die Eigenart der Versuchsanordnung besonders ungünstig liegen.

Denn erstens haben wir es mit einer verhältnissmässig kleinen Verdunstungsfläche gegenüber einem kolossalen Salbenquantum zu thun, zweitens fällt der die Verdunstung befördernde Einfluss der Bedeckung weg und drittens liegt es in der Technik der Anbandagirung des Hundes, dass die Schnauze und die Nasenlöcher vom Orte der Verdunstung stets abgewendet sind.

Von einigen Seiten wird die Vermuthung ausgesprochen, dass bei der Schmiercur ein wesentlicher Antheil des verdampfenden Quecksilbers im dampfförmigen Zustand die Haut passirt. (Welander, Schröder, Balogh, Piccardi, Grimm, Ziemssen), während Röhrig auf Grund seiner umfangreichen Untersuchungen nur die Ueberführung geringer Spuren von Hg in Dampfform durch die Epidermis annehmen zu müssen glaubt. Ich habe deswegen einen Hundeversuch analog den obigen angestellt, bei dem ich das Thier bei Ausschluss der Athmung den Dämpfen des bei Zimmertemperatur verdunstenden Hg aussetzte. Um einerseits eine starke Verdunstung zu erzielen, andererseits die Hg-Dämpfe sich bei keiner höheren Temperatur als Zimmertemperatur sich entwickeln zu lassen, bestrich ich einen Lintfleck derart, dass auf etwa 1 qum. Oberfläche 100 Gr. graue Salbe möglichst gleichmässig vertheilt wurde und befestigte diesen in 10 Cm. Höhe dachartig über der geschorenen Bauchhaut eines Hundes (von 21 Kilo), bei dem die Athmung ausgeschlossen war. Davon, dass von diesem bestrichenen Lint eine ganz bedeutende Menge Hg verdunsten musste, hatten mich einige Vorversuche überzeugt. Nach 60 Stunden wurde das Thier getödtet und die Organe (nicht entblutet) untersucht. Sowohl in der Leber (510 Gr. schwer) wie in den Nieren (115 Gr. schwer) fand sich Hg, aber nur in der Form einiger minimaler mikroskopisch gerade sichtbarer Kügelchen, so dass so nur geringe Spuren Hg durch die Haut gelangt sein konnten. Der Eintritt dieser minimalen Menge lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass analog, wie dies Wienecke auf Grund seiner in Kunkel's Laboratorium ausgeführten Versuche für die Auf-

nahme des Hg durch die Lungen annimmt, ein Coerciren von Hg-Dämpfen aut der Haut durch den Feuchtigkeitsgehalt der Luft stattgefunden hat und von dort die Resorption durch Salzbildung erfolgt ist. Dass nur so geringe Hg-Mengen des verdunstenden Quecksilbers durch die Haut zur Resorption kommen, gegenüber denen die von der Lungenoberfläche mit zur Aufnahme gelangen, braucht uns schon deswegen nicht zu wunderbar erscheinen, als die Verhältnisse, die das Coerciren des gasförmigen Quecksilbers begünstigen, auf der Haut nur in sehr geringem Masse gegeben sind. Um Irrthümer zu vermeiden, möchte ich bemerken, dass dieser Versuch nur beweist, dass, wenn ein Körper reichlichen Mengen verdunstenden Quecksilber ausgesetzt ist, ganz geringe Mengen dieses Quecksilbers durch die Haut zur Resorption gelangen, nicht aber die Frage berührt, ob gasförmiges Quecksilber die Epidermis durchdringt.

Berücksichtige ich den Umstand, dass aus Hg-Salben wie aus den neueren Untersuchungen von Kunkel, Rudolph, Kreis hervorgeht, schon bei Zimmertemperatur ganz bedeutende Hg-Mengen verdampfen, berücksichtige ich ferner die Thatsache, dass bei Behandlungsmethoden, bei denen nur eine unbedeutende oder gar keine Resorption durch die Haut stattfinden kann, therapeutisch sehr kräftige Hg-Wirkungen sich erzielen lassen; (Friedrich Müller, Merget, Dind, Welander, Åhmann, Blaschko, Geschwend, Wolfsohn, Siebert, Frey, Roth),[1]) während sich dort, wo die Verdampfung ganz oder beträchtlich verhindert wird, nur unbedeutende Hg-Wirkungen zu Stande kommen, und dazu die Versuche ich oben beschrieben habe, so glaube ich zu folgenden Schlüssen berechtigt zu sein:

1. Von dem Quecksilber der grauen Salbe gelangt ein Theil durch die Lungen, ein Theil durch die Haut in den Organismus.

[1]) Es handelt stch bei diesen Methoden um das Aufhängen mit grauer Salbe bestrichener Lappen (F. Müller), um die Flanelles mercurielles (Merget), um die Inhalation von Hg-Dämpfen aus mit Hg imprägnirten Filz (Dind cf. A. Hoffmann), um die Inhalation aus mit Ung. cin. gefüllter Säckchen (Welander), um die Anwendung der Mercuriolsäckchen (Åhmann), um den Gebrauch von Mercolintschürzen (Blaschko).

2. Der Theil, der durch die Lunge zur Aufnahme kommt, ist der beträchtlichere.

3. Der Theil, der durch die Haut aufgenommen wird, wird nicht in dem Aggregatzustande, den das Hg in der grauen Salbe besitzt, resorbirt, sondern in Form einer resorbirbaren chemischen Salzverbindung.

4. So grosse Mengen verdunstenden Hg's den Körper auch umgeben, es gelangt doch nur ein ganz geringer, praktisch irrelevanter Theil dieses Quecksilbers durch die Haut (vielleicht auch in Form resorbirbarer Salzverbindungen) in den Körper.

Nachdem ich mir so die Bedeutung des von den Lungen aufgenommenen Quecksilbers sicher gestellt hatte, drängte sich mir die Frage auf: in welcher Form gelangt das Quecksilber von der Lungenoberfläche in den Organismus? Mit Bezug auf diese Frage bemerkt Hermann (pag. 212): „Dass Quecksilberdämpfe als solche durch die Lungen ins Blut aufgenommen werden, ist eine falsche physiologische Vorstellung; sobald Dämpfe auf eine feuchte Oberfläche gelangen, müssen sie sich an dieser condensiren und der Aggregatzustand, der für diese Resorption in Frage kommt, ist nunmehr der durch die Condensation erlangte." Aus den Experimenten Wienecke's (in Kunkel's Laboratorium) lässt sich mit Berechtigung, wie es scheint, die Annahme Wienecke ableiten, dass „durch die fortwährenden Temperaturschwankungen in den Athmungswegen, und die Thatsache, dass sich Wasserdampf fortwährend an der Schleimhautwand niederschlägt", ein besonders leichtes Coerciren der eingeathmeten Quecksilberdämpfe erfolgen kann. „Die sich bildenden kleinsten Metalltröpfchen sollten sich dann verhältnissmässig rasch in resorbirbare Verbindungen umwandeln."

Ich habe bei 5 Kaninchen, von denen ich 3 mit 30 Gr. grauer Salbe einrieb und nach 24 Stunden tödtete, 1 vier Tage lang den Dämpfen der gleichen Salbenmenge aussetzte, ohne dass dieselbe direct mit dem Thiere in Berührung kam, 1 den Dämpfen reinen metallischen Quecksilbers 1 Tag lang exponirt wurde, sofort nach der Tödtung eine Glasröhre in  die Trachea eingebunden und die Lungenoberfläche auf diese Weise

abgespült. Auf diese Weise schaffte ich mir von jedem Thier etwa 100 Ccm. Flüssigkeit, die durch einen reichlichen Gehalt an Leukocyten, desquamirten Epithelien und Schleim stark trüb erschien. Weder innerhalb noch ausserhalb der Zellen konnte ich bei den 2 Thieren, wo ich mir durch Centrifugen ein reichliches Sediment verschaffte, irgend welche metallische Hg-Kügelchen entdecken, dagegen ergab die chemische Untersuchung der Gesammtspülflüssigkeit stets die Anwesenheit von geringen Mengen Quecksilber. Ebenso zeigte mir die mikroskopische Untersuchung der Lungen selbst nie irgend welche metallische Kügelchen, während die chemische Untersuchung der Lungen (es wurde stets nur ein kleiner Theil für die mikroskopische Untersuchung entnommen) stets einen Quecksilbergehalt aufweist, der — es konnte sich bei diesen Mengen nur um mikroskopische Schätzungen handeln — viel reichlicher war, als der der Lungenoberflächenspülflüssigkeit.

Man kann daraus schliessen, dass die Umwandlung des coercirten Quecksilbers, wie dies auch Kunkel annimmt, ganz ausserordentlich rasch, bald nachdem das Kügelchen auf die Lungenoberfläche gelangt ist, vor sich geht, dagegen Quecksilberkügelchen als solche nicht, sei es frei, sei es von Leukocyten aufgenommen, in die Lunge gelangen.

Gegenüber der von Merget (S. 192) auf Grund zweier Untersuchungen mitgetheilten Behauptung, dass das Quecksilber auch auf dem Wege der Ausathmung eliminirt würde, habe ich mich bemüht, auch diese Angaben nachzuprüfen. Mir ist bezüglich dieser Annahme nur die Veröffentlichung Gaglio's bekannt, der wie Merget die Ausathmungsluft mit Hilfe der von Merget angegebenen quecksilberempfindlichen Papiere untersuchte und ein negatives Resultat erhielt.

Ich habe an zwei Hunden meine Versuche angestellt und zwar wieder in der Art, dass ich Ein- und Ausathmungsluft trennte.

Der erste Hund erhielt 10 Ccm. Sublimatlösung von 1% subcutan 24 Stunden später dieselbe Menge; nach dieser zweiten Injection liess ich die Ausathmungsluft 6 Stunden lang durch Chlor-

caliumthürme und Jodröhrchen gehen und bekam keine Spur eines Quecksilberjodniederschlags.

Der zweite Hund wurde nach vorausgegangener Tracheotomie und Inunction von 40 Gr. Ung. cin. 48 Stunden später zur Untersuchung der Ausathmungsluft benutzt, die 2 Stunden lang, wie oben nach der Kunkel'schen Methode geprüft wurde. Auch hier war das Ergebniss ein durchaus negatives. Bei beiden Hunden wurde, wie auch stets bei obigen Versuchen, eine gläserne Trachealcanüle gewählt. Ich kann demnach mit Sicherheit aus diesen Versuchen schliessen, dass das vom Organismus aufgenommene Quecksilber nicht mit der Ausathmungsluft eliminirt wird.

Zum Schlusse gestatte ich mir meinem hochverehrten Chef, Herrn Geh.-Rath Professor Dr. Neisser, für das stete Interesse, das er dieser Arbeit entgegenbrachte und die mannigfache Förderung meiner Untersuchungen ergebenst zu danken.

Literatur.

Die mit * bezeichneten Literaturangaben haben mir nicht im Original vorgelegen.

1. Åhmann. Ueber die Behandlung von Syphilis mit Mercuriol. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1899. Bd. XLVIII. pag. 15 ff.

2. Anuschat. Die Resorption des Hydrargyrum metallicum und dessen interne Anwendung bei Syphilis. Deutsche Med. Zeitung. 1896. Nr. 74 und 75. pag. 787 und 795 ff.

3. Auspitz. Sur la résorption des matières non dissoutes chez les mammifères. Annales de dermat. et de syph. 1870/71. pag. 124, 219, 280, 360, 445 ff.

4. Auspitz. Ueber die Resorption ungelöster Stoffe durch die Epidermis. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1871. pag. 361 ff.

5. Baerensprung. De transitu medicamentorum praesertim hydrargyri per tegumenta corporis externa. Diss. Halle. 1847.

6. Baerensprung. Ueber die Wirkungsweise der Qecksilberpräparate und ihre Anwendung bei Syphilitischen. Annalen des Charité-Krankenhauses. 1856. Jahrgang 7. Heft 2. pag. 110 ff.

7. *Balogh. Ueber äusserlich angewendete Quecksilbermittel. Verhandlungen der Pester med. Gesellschaft vom 22. April 1876, Pester med. Presse 1876, Nr. 18. Referat: Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1876. pag. 660, 661.

8. Blaschko. Eine neue Methode der Quecksilbertherapie. Vortrag gehalten am 25. October 1899 in der Berliner med. Gesellschaft. Berliner klinische Wochenschrift. 1899. Nr. 46.

9. *Blomberg. Năgra ord. om. quicksilforets absorpt. af Organismen. Helsingfors. 1867. (Aus Fleischer.)

10. Blomquist. Mercuriol. Ein neues Quecksilberpräparat aus metallischem, nach einer neuen Methode fein vertheiltem Quecksilber. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1899. Bd. 48. pag. 3 ff.

11. Bovero. Del calomelano frizionato sulla pelle nella cura delle sifilide. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. 1892. pag. 35 ff.

12. Brock. Ueber das Resorptionsvermögen der normalen Haut. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1898. Bd XLV. pag. 369 ff.

13. Devergie. Clinique des maladies syphilitiques. 1826.

14. *Eberhard. Versuche über den Uebergang fester Stoffe vom Darm und Haut aus in die Säftemasse des Körpers. J. D. Zürich. 1847. (Aus Fleischer.)

15. Eschbaum. Ueber eine neue klinische Methode zur quantitativen Bestimmung von Quecksilber im Harn. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1900. Nr. 3. pag. 52 ff.



16. Ferrari und Asmundo. Sull' assorbimento del mercurio metallico per la pelle. Gaz. degli ospedali e delle cliniche. 1886. Nr. 81, 82.

17. Fihlene. Ueber die Durchgängigkeit der menschlichen Haut für feste und flüssige Stoffe. Berliner klin. Woch. 1898. pag. 45 ff.

18. Fleischer. Untersuchungen über das Resorptionsvermögen der menschlichen Haut. Eine historisch experimentelle Studie. Erlangen 1877.

19. Frey. Die Wandlungen der Schmiercur und die neueste Modification derselben. J. D. Bern. 1896.

20. Fürbringer. Experimentelle Untersuchungen über die Resorption und Wirkungsweise des regulinischen Quecksilbers der grauen Salbe. Virchow's Archiv. 1880. Bd. LXXXII. pag. 491 ff.

21. Fürbringer. Quecksilbernachweis im Harn mittelst Messigwolle. Berliner klinische Wochenschrift. 1878. Nr. 23. (Aus Hirsch's Jahresbericht der Medicin. 1878. Bd. I. pag. 162.)

22. *Gaglio. Sull' assorbimento dei vapori di mercurio metallico nella cura delle frizioni mercuriali. Archivio di farmacologia e terapeutica. 1893. pag. 289. Referat: Annales de dermat. et de syph. 1893. pag. 1096.

23. Gschwend. Die Behandlung der Syphilis mittelst der Welander'schen Quecksilber-Säckchen. (Aus der Klinik von Professor Jarisch.) Luzern 1900.

24. Grimm. Die Behandlung der Syphilis nach den gegenwärtig üblichen Methoden. Berlin. 1896. S. Karger.

25. Hermann. Lehrb. der experiment. Toxicologie. Berlin 1872.

26. Hoehnel. Der Nachweis des Quecksilbers im Harn. Pharmaceutische Zeitung. 1900. Nr. 13.

27. *Hoffmann. Ueber die Aufnahme von Quecksilber und Fetten in den Kreislauf. J. D. Würzburg. 1854. (Aus Fleischer.)

28. *Hoffmann, A. Recherches qualitatives et quantitatives du mercure aprés inspiration et absorption des vapeurs mercurielles. Lausanne 1897.

29. *Jolles. Ueber eine einfache und empfindliche Methode zum qualitativen und quantitativen Nachweis von Quecksilber im Harn. Wiener klinische Rundschau. 1895. Nr. 43. (Referat: Monatshefte für praktische Dermatologie. 1896. I. pag. 149 ff.)

30. Kirchgässer. Ueber die Wirkung der Quecksilberdämpfe, welche sich bei Inunctionen mit grauer Salbe entwickeln. Virchow's Archiv. Bd. XXXII. pag. 145 ff.

31. Kreis. Ueber die Verdunstung des Quecksilbers und deren Bedeutung bei der Einreibungscur. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Festschr. f. Prof. Neumann. Leipzig u. Wien. 1900. p. 370 ff.

32. Kunkel. Handbuch der Toxikologie. Jena. 1899. p. 122 ff.

33. Kunkel und Fessel. Ueber Nachweis und Bestimmung des Quecksilberdampfes in der Luft. Sonderabdruck aus den Verhandlungen der Physik. Medicin. Gesellschaft. B. XXXIII. 1899.

34. Kutner. Eine neue Methode der Syphilisbehandlung durch Inhalation. Berliner klinische Wochenschrift. 1900. Nr. 2.



35. Ludwig. Ueber den Nachweis von Quecksilber in thierischen Substanzen. Wiener medicinische Jahrbücher. 1880.

36. Mahn. Die Löslichkeit fester und flüssiger medicamentöser Substanzen in Lanolin. J. D. Breslau. 1897.

37. Manasseïn. Zur Frage von der Permeabilität der normalen Haut. Archiv für Dermat. u. Syph. 1897. Bd. XXXVIII. pag. 323 ff.

38. Manasseïn. Kurze Bemerkungen zur Frage der Hautabsorption. Archiv für Dermat. u. Syph. 1900. Bd. LII. pag. 395 ff.

39. Matzenauer. 71te Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu München. Ref.: Dermatol. Zeitschrift. 1899. pag. 647.

40. Merget. Mercure. Action physiologique toxique et thérapeutique. Bourdeaux. Paris. 1894.

41. *Mialhe. Mém. de l'Acad. de Médicine. 1843. (Aus Merget: Mercure.)

42. Müller, Friedr. Ueber die Aufnahme von Quecksilber durch Einathmung. Mittheilungen aus der medicinischen Klinik zu Würzburg. 1886. Bd. II. pag. 355 ff.

43. Müller, Hugo. Untersuchungen über die Einverleibung verschiedener Quecksilbersalben in die Haut. Therapeutische Monatshefte. 1896. pag. 588 ff. und Arbeiten aus dem städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M. (Festschrift zum 68. Congress deutscher Naturforscher und Aerzte.) Frankfurt a. M. 1896.

44. Nega. Vergleichende Untersuchungen über die Resorption und Wirkung verschiedener zur cutanen Behandlung verwandter Quecksilberpräparate. Strassburg. 1884.

45. Neisser. Die Einreibungscur. Volksmanns Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 199. Leipzig. 1897.

46. *Neumann. Ueber die Aufnahme ungelöster Stoffe und des Sublimats durch die unverletzte Haut. Wiener medicinische Wochenschrift. 1871. Nr. 50—52. (Referat: Archiv für Dermatologie u. Syphilis. 1873. pag. 144 ff.)

47. Neumann. Vortrag über die Resorption des in die Haut eingeriebenen Quecksilbers. Wiener dermat. Gesellschaft vom 26./IV. 1899. Ref.: Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1899. Bd. XLIX. pag. 136 ff.

48. *Oesterlen. Uebergang des regulinischen Quecksilbers in die Blutmasse und in die Organe (nach Versuchen). Archiv für physiologische Heilkunde. 1843. (Nach Fleischer.)

49. Overbeck. Mercur und Syphilis. Berlin. 1861.

50. *Peroni. Un nuovo metodo per rapidamente guarire le manifestazioni cutanea della sifilide tardiva. Giornale della R. Accademia di medicina di Torino. 1892. (Citirt bei Piccardi.)

51. Piccardi. Sull' assorbimento del mercurio attraverso la pelle. Giornale. italiano delle malattie veneree e della pelle. 1898. p. 684 ff.

52. Pinner. Zur Frage von der Resorption des Quecksilbers im thierischen Organismus. Therap. Monatshefte. 1899. Jahrg. 3. pag. 320 ff.



53. Rémond. Notes pour servir à l'étude de l'action du mercure sur l'organisme. Annales de dermat. et de syph. Bd. IX. 1888. pag. 158 ff.

54. Rindfleisch. Zur Frage von der Resorption des regulinischen Quecksilbers. Archiv f. Dermat. u. Syphilis. 1870. Jahrg. 2. pag. 309 ff.

55. Röhrig. Die Haut als Applicationsorgan. Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1874. pag. 296.

56. *Röhrig. Die Physiologie der Haut. Berlin. 1876.

57. Roth. Die Behandlung der Syphilis mit Quecksilbersäckchen und die Aufnahme des Quecksilbers bei dieser Behandlung. Pester med. chir. Presse. Jahrgang XXXVI. 1900. Nr. 1, 2.

58. Rudolph. Ueber Verdampfung von Quecksilber aus Unguentum hydrargyri cinerum. F. D. Würzburg. Leipzig. 1900.

59. Saenger. Ist die Quecksilbereinreibungscur eigentlich eine Quecksilbereinathmungscur. Dermatologisches Centralblatt. 1900. Juli Nr. 10. pag. 290 ff.

60. *Schneider. Ueber das chemische und elektrolytische Verhalten des Quecksilbers. (Sitzungsbericht der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften in Wien.) Mathematisch-naturwissenschaftliche Classe. 1860. pag. 239 und Wiener med. Jahrb. XVII. 1861. pag 124 entnommen.

61. Schmidt. Ein Beitrag zur Frage der Elimination des Quecksilbers aus dem Körper. J. D. Dorpat. 1879.

62. Schröder. Zur Frage der Resorptionswege des Hg bei Inunctionen. Vortrag, gehalten auf der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen. 1900. Ref.: Unna's Monatshefte f. prakt. Dermat. 1900. Bd. XXXI. Nr. 9. pag. 427 ff.

63. Schuster. Mercureinreibungen und Mercureinathmungen. 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu München. Ref.: Dermatologische Zeitschrift. 1899. pag. 646 ff.

64. Schuster. Zur Behandlung mittelst Quecksilbersäckchen und Mercolint. Archiv für Dermat. und Syph. 1900. Bd. LI. pag. 389 ff.

65. Siebert. Ueber Syphilis infantilis. 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu München. 1899. Ref.: Dermatolog. Zeitschrift. 1899. pag. 656 ff.

66. Spiegler. Ueber die Einreibungscur bei Syphilis. Wiener medicinische Blätter. 1899. Nr. 23.

67. Vajda und Paschkis. Ueber den Einfluss des Quecksilbers auf den Syphilisprocess. Wien. 1880.

68. Vigier. Sur les flanelles mercurielles. Annales de dermatolog. et de syphil. 1892. pag. 1338 ff.

69. Vigier. Les flanelles mercurielles. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1893. Bd. V. pag. 59 ff.

70. *Voit. Physiologisch-chemische Untersuchungen. Augsburg. 1857. Heft 1. (Aus Merget.)

71. *Voit. Ueber die Aufnahme des Quecksilbers und seiner Verbindungen. Annales d. Chemie et de pharm. Bd. CIV. Heft 3. 1857. (Aus Merget.)



72. Welander. Untersuchungen über die Absorption und Elimination des Quecksilbers bei der unter verschiedenen Verhältnissen ausgeführten Einreibungscur. Archiv f. Dermat. u. Syph. 1893. pag. 39 ff.

73. Welander. Ueber die Behandlung von Syphilis mittelst Ueberstreichens — nicht Einreibens — mit Mercurialsalbe. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1893. Ergänzungsheft. pag. 115 ff.

74. Welander. Hat die Behandlung von Syphilis mittelst Ueberstreichens — nicht Einreibens — mit Mercurialsalbe einigen Werth? Dermatologische Zeitschrift. Bd. II. 1895. pag. 223 ff.

75. Welander. Ueber eine einfache, therapeutisch kräftige Methode der Anwendung von Unguentum Hydrargyri. Archiv für Dermat. und Syph. 1897. Bd. XL. pag. 251 ff.

76. Welander. Einige Worte über die Form der Anwendung des Quecksilbers. Archiv f. Dermat. u. Syph. 1898. Bd. XLVI. p. 39 u. 249 ff.

77. Welander. Einige Worte über die Behandlung mit Quecksilbersäckchen. Archiv für Dermat. und Syph. 1899. Bd. XLIX. pag. 107 ff.

78. Welander. Einige Worte über die Mercolintschürze. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Festschrift für Neumann. Leipzig-Wien. 1900. pag. 957 ff.

79. Welander. Zur Frage von der Behandlung mit Quecksilbersäckchen. Arch. f. Dermat. u. Syphil. 1900. Bd. LIV. pag. 59 ff.

80. Wienecke. Zur Resorption des Quecksilbers aus quecksilberdampfhaltiger Luft. J. D. Würzburg. 1893.

81. Wings. Ueber Abdunstung des Quecksilbers aus dem bei der Inunctionscur in Anwendung kommenden Unguentum Hydrargyri cinereum. Vierteljahrsschrift für Dermat. und Syphilis. 1881. pag. 589.

82. Winternitz. Quantitative Versuche zur Lehre über die Aufnahme und Ausscheidung des Quecksilbers. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. 1899. Bd. XXV. pag. 225 ff.

83. Wolfsohn. Ueber die Behandlung der Syphilis mittelst in Säckchen ausgebreiteter Mercurialsalbe. (Aus der Klinik von Prof. Lang.) Ref.: Dermatologische Zeitschrift. 1900. pag. 717 ff.

84. Ziemssen. Die Heilung der constitutionellen Syphilis. Leipzig. 1891.

85. Zuelzer. Ueber die Absorption durch die äussere Haut. Wiener Medicinal-Halle. Jahrgang 1864.

Aus der Kgl. dermatologischen Universitätsklinik des Herrn Geheimrath Prof. Dr. Doutrelepont zu Bonn.

Epithelioma adenoides cysticum.

Von

Professor Dr. **M. Wolters,**
Privatdocenten für Dermatologie.

(Hiezu Taf. VI u. VII.)

Vor Kurzem theilte ich an dieser Stelle (Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. LIII) die Befunde mit, welche ich bei einem Falle von Hämangioendothelioma tuberosum multiplex erhoben hatte, und die mich dazu führten, diese Geschwulstform vom Endothel der Blutgefässe abzuleiten. Diese Arbeit war bereits im Drucke, als in der Klinik ein kleiner Tumor excidirt wurde, dessen Untersuchung die Befunde anderer Autoren, auf die ich damals einzugehen hatte, in ganz anderem Lichte erscheinen liess.

Herr Geheimrath Doutrelepont überliess mir die kleine Geschwulst zur Untersuchung und Veröffentlichung, wofür ich ihm auch an dieser Stelle meinen Dank zu sagen nicht verfehle.

Da es aus äusseren Gründen nicht rathsam erschien, die gewonnenen Resultate obiger Veröffentlichung als Anhang hinzuzufügen, gebe ich dieselben heute in ausführlicherer Weise wieder, als ursprünglich beabsichtigt war.

Der kleine, etwa linsengrosse Tumor, auf den sich meine Untersuchungen beziehen, fand sich bei einem 20 Jahre alten Mädchen, das wegen Gonorrhoe in die Klinik aufgenommen war. Ueber der rechten Augenbraue befand sich eine gelblich roth gefärbte, leicht erhabene Stelle, die ohne steil abfallende



Ränder in die Haut überging. Diese Neubildung soll seit Geburt bestehen, soviel Patientin darüber weiss; sie verursacht weder spontan noch auf Druck irgend welche Empfindung. Aus kosmetischen Gründen wurde unter Schleich'scher Anaesthesie der Tumor entfernt, die Wunde linear vereinigt. Prima Intentio, glatte Heilung. Das excidirte Stück wurde in Alkohol gehärtet, und die Schnitte mit Hämatoxylin, Carmin, Pikrocarmin, Methylenblau (Unna) nach Weigert (Elast. Fasern), Marchi und anderen Methoden gefärbt, um möglichst genaue Aufschlüsse über die Natur der Neubildung zu ergeben. Bei schwacher Vergrösserung glaubt man auf den ersten Blick ein Hämangioendothelioma vor sich zu haben. Die Cutis ist durchsetzt von einem Gewirr von Zellsträngen, neben denen und mit ihnen in Verbindung sich grössere und kleinere Cysten vorfinden. (Fig. 1.) Genauere Untersuchung bei starker Vergrösserung belehrte mich jedoch rasch eines Anderen. Die epitheliale Decke der Haut war überall intact, die verhornten Lamellen etwas reichlicher als sonst, die ganze Dicke des Epithels stellenweise recht gering. An einer Stelle fand sich in ihm eine geschichtete Verhornungskugel vor. Die interpapillären Zapfen waren ungleich entwickelt, von verschiedener Form; viele derselben standen in directem Zusammenhang, respective setzten sich ununterbrochen fort in die oben erwähnten Zellstränge, welche nach allen Richtungen hin, bald mehr senkrecht, bald mehr horizontal gerichtet, die Cutis bis in die untersten Lagen durchsetzen. Die Zellen reihen sich ohne Unterbrechung und ohne Zwischensubstanz an einander, und bilden so Stränge, die sich kreuzen, gabeln und verästeln, ganz ähnlich denen des Hämangioendothelioms. Die Zellen haben alle einen ziemlich grossen, ovalen Kern, der sich meist gut färbt, und mehrere Kernkörperchen führt. In diese Stränge, die aus einer, zwei, oder mehreren, meist nicht über 4 Zellreihen neben einander bestehen, sind Anschwellungen eingelagert, die sich bei genauer Untersuchung als Epithelkugeln ausweisen; diese sind entweder solide, oder zeigen im Centrum, auch wohl excentrisch, eine oder mehrere blasige, aufgequollene Zellen, deren Kern sich nur schwach oder gar nicht mehr färbt; oder aber sie sind cystisch degenerirt, und bergen in ihrem Innern einen Inhalt,

der entweder aus einer mehr homogenen koloiden Masse besteht, oder aber aus zwiebelartig geschichteten Hornkugeln gebildet wird. Der mehr koloide Inhalt herrscht bei den kleineren Cysten vor, während die Hornkugeln sich in den oft sehr grossen Cysten vorfinden (Fig. 1 und 5). Während erstere sonstige Veränderungen, von der Abplattung der Zellen abgesehen nicht aufweisen, zeigen letztere in den innersten Zellagen Keratohyalineinlagerungen, die sich mit Hämatoxylin oder Methylenblau sehr schön färben. Die Cysten liegen oft auch ohne directe Verbindung mit einem Zellzuge, und haben einen oder mehrere Fortsätze. In den äusseren Zellagen der Cysten fand ich einige Male Kerntheilungsfiguren (Fig. 4 und 5), in den Strängen dagegen nicht.

Die grössten Cysten lagen dicht unter dem Epithel, sie hatten meist eine Cystenwand, welche nur aus einigen Zelllagen bestand, die aber in längere oder kürzere Fortsätze ausliefen. Eine Verbindung mit längeren Strängen konnte ich nicht auffinden, da ich aus Mangel an Material Serienschnitte nicht machen konnte. Doch fand sich in einem Schnitte ein direct aus dem Epithel herabsteigender Strang vor, der nach oben gegen das Epithel hin einen Ast absendete und der in einer Cyste oder einer Epithelkugel endete (Fig. 3). Diese zeigte nun weder Koloid noch Horninhalt, sondern war gefüllt mit unregelmässigen, stark tingirten Ballen. Von der eigentlichen Cyste war nur noch wenig zu sehen, nur die sich schlechtfärbenden Randtheile zeigten noch Epithelkerne. Diese geballten Massen lösten sich auf Zusatz von Salzsäure unter leichter Blasenbildung auf, und hinterliessen Cysten, mit einem Inhalt aus riesenzellenartigen Bildungen, deren Kerne sich schlecht färbten. Solche Kalkballen fanden sich zahlreich vor meist von einem schmalen Epithelrande noch umsäumt, oft auch ohne diesen scheinbar frei im Gewebe liegend, auf die dann häufig ein Zellstrang zulief.

An einigen Stellen (Fig. 1) zeigte sich um eine solche Kalkbildung eine leichte Vermehrung der Bindegewebskerne und Infiltration von Lymphocyten mit einem kleinen runden Kerne. Mehrfach dagegen fanden sich Bilder, wie es Fig. 7 wiedergibt. Epithelstränge laufen zu einer Epithelcyste hin und



stehen mit ihr in Verbindung. Starke Vergrösserung zeigt dann, dass die epitheliale Cystenwand nur noch in Bruchstücken vorhanden ist, dass sich die ganze Cyste resp. Epithelkugel in Riesenzellen ähnliche Fragmente aufgelöst hat, welche zuweilen spitze, unregelmässig geformte Kalkmassen in sich bergen; zwischen den einzelnen Epithelzellen haben sich zahllose lymphocytäre Elemente eingeschoben und drängen sie auseinander. Eine Protoplasmafaserung konnte ich weder an Strängen, noch an Kugeln nachweisen, will aber damit nicht sicher behaupten, dass sie nicht vorhanden war, da sie auch im Epithel der Oberhaut nur mangelhaft zur Anschauung zu bringen war. Neben den schmalen, lang gestreckten Epithelsträngen fanden sich auch dickere, massivere, von plumpen eckigen Formen vor, die nur hier und da oft in Zusammenhang mit den Haarbälgen auftraten und ebenso wie die anderen Horncysten führten. Genaue Untersuchung über den Ursprung der einzelnen Epithelstränge zeigte nun, dass dieselben meist von den interpapillären Zapfen entsprangen, dass aber auch häufig als Ausgangspunkt die Haarscheiden nachgewiesen werden konnten. Oft war bei diesen der Ausgangspunkt in seitlichen Wucherungen zwischen dem oberen und mittleren Drittel nachzuweisen, oft aber auch viel tiefer oder höher. Bisweilen ging die Neubildung von der Einmündungsstelle der Talgdrüse aus und bildete dann meist plumpere, eckige Epithelmassen, ebenso, wenn seitlich an dem Wurzeltheile die Wucherung sich ansetzte.

Die Talgdrüsen waren normal, soweit sie nicht etwa durch die Wucherung mechanisch beeinflusst, leichtere Grade von Atrophie zeigten. Retentionscysten fanden sich nicht. Normal waren auch die vorhandenen, entsprechend reichlichen Schweissdrüsen. Nur an einer Stelle (Fig. 10 und 11) fand sich neben einer Epithelkugel, deren centralste Zellen schon etwas blasig waren, eine cystische Erweitung vor, die ich als zu der darunter liegenden Schweissdrüse gehörig glaube ansehen zu müssen. Sie war von der Epithelkugel durch Bindegewebsfasern getrennt, zeigte eine deutliche Membrana propria, die den Kugeln und Strängen fehlt, und bot einen ausserordentlichen Kernreichtum dar. Die Zellen der Drüsen waren, wie an den buckelförmigen Vorwölbungen zu ersehen, in lebhafter Wucherung. Der von den

Zellmassen eingeschlossene Hohlraum setzte sich nach oben zu schlitzförmig weiter fort. Auf anderen Schnitten nahm das Epithel nach und nach an Dicke ab, und bildete nur noch eine mehrschichtige Hülle um einen grösseren, rundlichen Hohlraum, ohne koloiden oder körnigen Inhalt, und stand mit dem Drüsengange in Verbindung. Die Bildung weist also genug Criterien auf, um sie als Theil einer Schweissdrüse anzusprechen, doch wage ich über die Art ihrer Entstehung keine Vermuthung auszusprechen.

An den Gefässen war nichts Abnormes zu finden, das Bindegewebe war normal, hie und da in der Umgebung der Kalkmassen etwas kernreicher, von Lymphocyten durchsetzt. Die Mastzellen waren überall sehr zahlreich. Die elastischen Elemente erwiesen sich als völlig intact, und waren nur von den Zellsträngen und Cysten auf Seite gedrängt.

Wir haben demnach eine, wahrscheinlich congenitale, Neubildung vor uns, die vom Epithel der Oberhaut ausgeht, u. zw. entweder direct oder indirect von den Haarbälgen oder Talgdrüsenausführungsgängen. Sie wird gebildet von langen schmalen Epithelsträngen, die in den verschiedensten Richtungen verlaufen, sich gabeln, kreuzen und durchflechten, während die von dem Hals der Talgdrüsen ausgehenden Stränge oft breitere eckigere Zellzüge und Massen darstellen, von denen dann aber wieder schmale Stränge auslaufen. Diesen schmäleren oder breiteren Epithelzügen sind Cysten interponirt, die zum Theil verhornte Zellen und Hornkugeln, zum Theil Koloidkugeln enthalten, oft aber ganz oder zum grössten Theile verkalkt sind.

Grössere, Hornkugeln führende Cysten liegen dicht unter dem Epithel und zeigen neben Keratohyalineinlagerung in ihren innersten Zellagen auch strangartige Epithelfortsätze, welche einen Zusammenhang mit den Epithelsträngen wahrscheinlich machen. Die übrigen Organe der Haut sind intact. Es würde sich demnach um einen epithelialen Tumor handeln, der wegen seines Verlaufes den Zusatz benigne verdiente, dem aber andererseits wegen seiner Cystenbildung das Cognomen cysticum gegeben werden müsste, ohne dass damit der eigenartigen strangförmigen Bildung seiner Elemente gebührend Rechnung getragen wäre.



Gelegentlich meiner oben citirten Arbeit bin ich auch auf die eigenartigen Befunde Philippson's eingegangen, die er bei zwei Fällen von Hydradenom (später pag. 7 bezeichnet er sie richtiger als gutartige Epitheliome mit koloider Degeneration) erhoben hatte. Ich nahm damals an, dass, da neben den als Hydradenom beschriebenen Veränderungen sich weitere sicher epitheliale gefunden hatten, eventuell zwei verschiedene Affectionen dem Beobachter vorgelegen hätten. Nach genauer Untersuchung des vorliegenden Falles stellt sich aber diese Vermuthung als irrig heraus. Es handelt sich in den Philippson'schen Fällen ebenso wie in dem meinigen um völlig übereinstimmende, rein epitheliale Neubildungen, die sowohl mit Horn als mit Koloidcysten in Verbindung stehen. Irrig aber ist die Auffassung Philippsons von ihrer Herkunft aus versprengten Keimen; die Tumoren leiten sich direct vom Epithel des Rete ab, und gerade durch diesen Nachweis ihrer epithelialen Natur stehen sie in directem Gegensatze zu den als Hydradenom, Cystadenom etc. beschriebenen Geschwülsten, bei denen ein Zusammenhang mit irgend einem epithelialen Gebilde bis heran nicht erwiesen werden konnte, wohl aber ein Hervorgehen aus dem Endothel der Gefässe (Jarisch, Elschnig, Wolters). Mithin ist es ein Fehlschluss, wenn Philippson behauptet, die Hydradenome seien Epitheliome, da seine klinisch ähnlichen Fälle sich als solche erwiesen hätten. Die beiden Krankenbeobachtungen des Autors sind weiterhin unter sich nicht absolut gleich. Beide Kranke wiesen in der Umgebung der Augen kleine Knötchenbildungen auf, die zum Theil durchscheinendes Aussehen hatten; bei dem zweiten Patienten fanden sich aber auch auf der Brust in der Claviculargegend und an den Oberarmen kleine und grössere, mehr oder weniger gelbrothe, nicht transparente Knötchen. Philippson bezeichnet diese zweite Affection nicht als dieselbe wie an den Augen, sondern „als eine andere". Erstere wurde als Koloidmilium, letztere als Hydradenom, oder Syringocystadenom diagnosticirt. Beide Affectionen wiesen die gleichen Gewebsveränderungen auf, wie sie von Török, Darier u. A. bei dem Hydradenom erhoben wurden. Dass Philippson's Befunde wesentlich von denen dieser Autoren differiren, werden

wir später noch zu erwähnen haben. Aus dem Umstande, dass beide Hautveränderungen, deren eine als Koloidmilium, deren andere als Hydradenom diagnosticirt wurde, identische Befunde ergaben, wird nunmehr nicht der einzig zulässige Schluss gezogen, dass ein und dieselbe Affection, nämlich ein „benignes Epitheliom", unter zwei klinisch differirenden Bildern sich dargestellt habe, sondern dass, wenn Koloidmilium und Hydradenom denselben histologischen Bau haben, alle Fälle von koloider Degeneration der Haut überhaupt, von Koloidmilium und von Hydradenom zusammengehören.

Eine derartige Schlussfolgerung ist aber unstatthaft, solange unbewiesen ist, dass die Affection thatsächlich Koloidmilium gewesen sei. Auf die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit einer Fehldiagnose in diesem Falle hat schon Jarisch hingewiesen. Sieht man nun in der Literatur nach, was unter dem, allerdings unglücklich gewählten, Namen Koloidmilium, oder koloider Degeneration der Haut von den Autoren verstanden wird, so ergibt sich, dass es sich in allen diesen Fällen um circumscripte oder diffuse Degeneration des kollagenen Cutisgewebes gehandelt hat, die von gesunden Bindegewebsbündeln umgeben, zuerst nur durch färberische Reactionen wahrzunehmen ist. Dem gegenüber stehen die von Philippson beschriebenen epithelialen rundlichen Zellhaufen mit centraler koloider Entartung. Diese beiden absolut verschiedenen Dinge zu identificiren ist unmöglich, wie Besnier und später Brooke schon betonten. Denn bei dem einen handelt es sich um das collagene Gewebe, bei dem andern um das Epithel, das partiell koloid entartet.

Es ist also die Affection an den Augen demnach kein Koloidmilium gewesen, und damit fällt der weitere Schluss, dass die Affection auf der Brust, die mit ihr den gleichen histologischen Befund hatte, auch Koloidmilium gewesen sei; dagegen ist der Schluss gerechtfertigt, dass auch die Affection an den Augen, weil sie identische Befunde mit denen auf der Brust aufwies, als Hydradenom anzusehen sei, resp. als benignes Epitheliom. Diese letzte Bezeichnung ist aber nach den detaillirten histologischen Schilderungen Philippson's die einzig



zulässige, da sie von denen Darier's, Török's u. s. w. stark abweichen, und besonders unzweifelhaft den Nachweis der epithelialen Natur der Neubildungen erbringen, die von allen anderen Autoren nur hypothetisch angenommen, von einigen aber (Jarisch, Elschnig, Wolters) direct widerlegt worden ist.

Daraus ergibt sich, dass die von Philippson an der Brust seines Kranken gefundenen Neubildungen nicht mit Hydradenom identisch sind, sondern eben, wie er es selbst nennt, Epitheliome darstellen.

Es hält somit von Philippson's Schlüssen keiner Stand. Beide Affectionen, sowohl die am Auge, wie die auf der Brust, sind epithelialer Natur, und können demnach weder mit dem Koloidmilium oder der koloiden Degeneration identificirt werden, da diese Affectionen Veränderungen des Bindegewebes darstellen, noch auch mit dem „Hydradenom", dessen epitheliale Natur nie bewiesen wurde, während seine Abstammung von den Gefässendothelien jetzt sichergestellt worden ist.

Wir haben es demnach bei beiden Affectionen mit Epitheliomen zu thun, die sowohl koloider wie horniger Degeneration unterliegen können, und gerade auch in diesem Punkte stimmen Philippson's Beobachtungen mit den meinigen völlig überein.

Die histologische Beschreibung beider Fälle wird von dem Autor gemeinsam gegeben, „da sie in ihrem geweblichen Bau so gut wie gar nicht verschieden" waren. Man wird das als richtig annehmen müssen, obwohl aus den einschlägigen Fällen in der Literatur hervorzugehen scheint (z. B. Brooke, White, Fordyce, Jarisch etc.), dass die benignen Epitheliome den Körper in der Regel nicht in dieser diffusen Weise befallen, sondern mehr Kopf und Hals, während ein derartiges multiples Auftreten auf Brust, Hals und Oberarmen, wie es Philippson schildert, ganz dem klinischen Bilde entspricht, welches von allen Autoren (Kaposi, Jacquet und Darier, Quinquaud, Lesser, Brooke, Kromayer etc.) bezüglich des Hydradenom resp. Hämangioendothelioma gezeichnet wird.

Dieser Umstand erregt mir das Bedenken, wie ich es schon in meiner früheren Arbeit aussprach, ob nicht doch die Affection an der Brust und am Kopfe bei demselben Patienten verschiedene Affectionen dargestellt haben könnten, die eine mit nur

koloiden Cysten ein Hämangioendotheliom, die andere mit koloiden und Horncysten ein Epithelioma benignum.

Halten wir uns gleichwohl an die Angaben des Autors, der nach Schilderung der allgemeinen Verhältnisse berichtet, dass der wesentliche Bestandtheil der Geschwulst kubische Zellen mit runden Kernen und Nucleoli gewesen sei, die zu zwei, drei und mehreren neben einander gelagert, die Epithelzüge bildeten, denen eine Membrana propria fehlte; oder sich zu rundlichen Nestern gruppirten, degenerirten, und Cysten mit koloidem Inhalte bildeten. Er schildert weiterhin die Entstehung der Cysten durch Degeneration der centralen Zellen, ihre Verbindung mit den Epithelzügen, deren Verästelung und Verbindung. „Obgleich Cysten und Epithelhaufen gar nicht selten sehr nahe an die Talgdrüsen, an die Haarfollikel, an die Ausführungsgänge der Knäuel und an die letzteren selbst herantreten oder sie gar berühren, so ist doch eine wirkliche Verbindung nirgends zu finden gewesen. *Zwischen der Epidermis und den Geschwulstelementen wurde nur ein einziges Mal eine Verbindung gesehen, und dies zwar nicht an den Serienschnitten, so dass nichts Genaueres darüber gesagt werden kann, als dass von einem interpapillären Epithelzapfen aus ein Epithelzug sich eine Strecke weit ins Bindegewebe hinein verfolgen liess und sein Uebergang in eine mit koloidem Inhalte versehene Cyste zu sehen war.*"

Vereinzelt, aber doch in jedem Knötchen in einem oder mehreren Exemplaren fanden sich Cysten mit Hornzellen im Inneren. Dieselben lagen oberflächlich, direct unter der Epidermis, und von ihr durch eine dünne Bindegewebsschicht getrennt, ohne Zusammenhang mit irgend einem epithelialen Gebilde. Die den Hornzellen unmitttelbar anliegenden Zellagen zeigten deutlich Keratohyalineinlagerung. Die Hornzellen waren concentrisch geschichtet. Weiter fanden sich Cysten, die in einer Hälfte Hornzellen und dieser Seite entsprechend Keratohyalineinlagerungen aufwiesen, während die andere Hälfte einen koloiden Inhalt zeigte, und von keratohyalinfreien Zellen eingeschlossen war. Einige Male waren Horn und koloidfüh-





rende Zellen nach Durchbruch der Scheidewand in Communication getreten.

Diese von Philippson erhobenen Befunde decken sich im wesentlichen mit den meinigen. Hervorheben möchte ich aber, dass allerdings die grössten, Hornkugeln führenden Cysten nahe der Oberfläche lagen, dass aber auch Verhornung und keratohyalinführende Zellen in Cysten der tieferen Lagen oft neben koloider Degeneration vorkamen; auch sah ich gelegentlich auf der einen Seite einer Cyste keratohyalintragende Zellen, während sie auf der anderen fehlten, ebenso wie die Horndegeneration auf dieser Seite entsprechend weniger weit vorgeschritten war. Während Philippson nur einmal einen Zellstrang von einem interpapillären Zapfen ausgehen sah, der mit einer Cyste mit koloidem Inhalte in Verbindung stand, konnte ich das häufig beobachten, daneben aber liess sich nachweisen, dass die epithelialen Stränge auch von den Haarfollikeln und gelegentlich dem Hals der Talgdrüsen ausgingen. Dass die Cysten nicht alleine Hornmassen, Koloidkugeln, sondern sogar stellenweise Kalkmassen aufwiesen, erscheint nicht wunderbar, und muss wohl als ein weiterer Modus der Degeneration der Zellmassen angesehen werden, ebenso wie der Zerfall in riesenzellenähnliche Bildungen, welche ja auch bei den identischen Umwandlungs-Processen des Epithels bei Atherom- und Dermoidcysten nicht selten sind.

Während aber Philippson die strangförmige Fortsetzung eines interpapillären Epithelzapfens in einen Epithelstrang mit Koloidcyste als wenig bedeutungsvoll anzusehen scheint, möchte ich darauf gerade den grössten Werth legen. Wenn auch, wie er richtig bemerkt, das regelmässige Vorkommen von Hornzellen enthaltenden Cysten und von Keratohyalin in deren centralen Zellen die Abstammung der Zellen aus dem Stratum epitheliale erklärt, so gibt der Befund des directen Zusammenhanges uns eine vollkommene Aufklärung über die Entstehungsart der Stränge und Cysten. Wir haben nicht mehr nöthig, den Ursprung unserer Neubildung auf embryonal verlagerte und abgesprengte Keime zurückzuführen, die nie ein Autor beobachtet hat, und die nur gelegentlich als Lückenbüsser auftreten, wenn man eine andere Erklärung

nicht zu finden vermag. Es handelt sich demnach in den Fällen Philippson's ebenso wie in meinem eigenen um epitheliale strangförmige Epithelneubildungen mit koloiden, verhornten und verkalkten Massen führenden Cysten, die durch Epithelstränge direct mit der Epidermis oder auch, wie in meinem Falle, mit Haar und Talgdrüsenfollikeln in Zusammenhang stehen, aus ihnen entspringen und offenbar einen benignen Charakter haben. Dass secundär auch eventuell Störungen in den Hautdrüsen auftreten können, ist bereits erwähnt worden, und ist leicht erklärlich. Zwecklos aber ist es, sich in Vermuthungen zu ergehen, was aus den sich in das Corium einsenkenden Epithelsträngen ursprünglich hätte werden sollen, speciell ob sie nicht eigentlich Schweissdrüsenanlagen darstellten, die nicht zur Entwickelung kamen; zwecklos sage ich, so lange unsere Untersuchungen nicht irgend einen Anhaltspunkt in dieser Richtung zu Tage fördern.

Dass aber auch ein einzelner, vom Epithel ausgehender Strang, der mit einer Cyste in Verbindung stand, zur Deutung und Aufklärung werthvoll ist, liegt auf der Hand; Brooke hat auf dies vereinzelte Vorkommen unter directer Bezugnahme auf den Philippson'schen Befund hingewiesen (pag. 602) und betont, dass er dies Verhalten an vielen Stellen gesehen habe, und dass es ihm z. B. bei Untersuchung einer Papel nur auf einem Schnitte gelang, das verbindende Stück zwischen Epithel und Tumor zu finden.

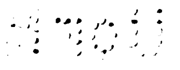
Gerade dieser Nachweis des Zusammenhanges der Tumorstränge mit dem Epithel neben dem des Keratohyalins und der Hornkugeln in den Cysten fehlt aber bei allen Fällen von Hämangioendothelioma (Hydradenom), so dass die epitheliale Natur dieser Erkrankung eben unbewiesen blieb, ebenso wie die Hypothese von ihrer Herkunft aus versprengten Keimen. Es musste aber auch der Nachweis für die Epithelnatur der Neubildung ausbleiben, trotz der eingehenden, an Serienschnitten gemachten Untersuchungen, weil das Gefässendothel die Ursprungsstätte des Tumors ist. Ich kann daher nicht, wie Brooke glauben, dass die Schnittrichtung und andere Zufälligkeiten die Beobachter bisher verhinderten, den Zusammenhang mit dem Epithel bei den wirklichen Fällen von



Hämangioendotheliom zu finden, sondern dass vielmehr die Natur der Neubildung eben einen solchen Befund von vornherein ausschliesst. Die technische Ausführung der Untersuchungen war sicher einwandsfrei, und hätte, wenn möglich, zum Ziele führen müssen. Brooke befindet sich aber selbst noch in der Auffassung, dass das Hydradenom, mit dem er seine Fälle identificirt, epithelialer Natur sei, und glaubt dafür durch seine Untersuchungen den Beweis geliefert zu haben. Gerade wegen dieses Nachweises aber gehören schon seine Fälle nicht dahin.

Ich erwähnte schon oben, dass neben schmalen strangförmigen Epithelzügen auch dickere, breitere, eckige Züge in meinen Präparaten zu sehen waren, die von Haarbälgen oder dem Hals der Talgdrüsen ihren Ausgang nahmen; sie enthielten Cysten mit Horn- oder Koloidkugeln, und standen weiterhin mit den schmalen Strängen in directer Verbindung. Diese dicken, eckigen, massigen Epithelbildungen fehlten in den Fällen Philippson's. Sie sind aber, scheint mir, nicht allein deshalb interessant, weil sie zeigen, dass im gleichen Tumor die epithelialen Elemente in verschiedener Weise sich anzuordnen und zu verknüpfen vermögen, sondern auch weil sie hinüber leiten zu Fällen, die trotz mancher Abweichungen hierher gerechnet werden müssen (Brooke, Fordyce, Balzer und Ménétrier, Jarisch, White etc.). Gerade dadurch, dass die Fälle sich durch bestimmte, identische Befunde aneinanderreihen lassen, während sie wieder durch nicht übereinstimmende an andere sich angliedern, entsteht eine fortlaufende Kette, deren Endglieder einen Grundtypus gemeinsam haben, zu dem das Endglied aber verschiedene, diesem noch fremde Befunde hinzugefügt hat.

(Fortsetzung folgt.)



Aus der k. k. deutschen dermatologischen Universitätsklinik von Professor F. J. Pick in Prag.

Ueber die Lagerung der Gonococcen in gonorrhoischen Secreten.

Von

Dr. **Robert Herz,**
II. Assistent der Klinik.

Während man sich bis in die jüngste Zeit bei der Untersuchung des Trippereiters einfach darauf beschränkte, den Nachweis der Krankheitserreger zu erbringen und die anderen Secretbestandtheile (Eiterzellen, Epithelien, andere Mikroorganismen) einerseits auf ihre Reichhaltigkeit, andrerseits auf ihr gegenseitiges Mengenverhältniss zu prüfen, wandte sich die mikroskopische Untersuchung nun auch der Frage zu, wie sich die Gonococcen gegenüber den Leukocyten und Epithelien bezüglich ihrer Lagerung zu denselben verhalten, und trachtete daraus gewisse Schlüsse auf den Verlauf und die Prognose der Gonorrhoe zu ziehen.

Bei Durchsicht der ersten die Lagerung der Gonococcen betreffenden Arbeiten stossen wir wiederholt auf grosse Meinungsverschiedenheiten. Neisser selbst hielt dieselben anfangs für nicht im Innern der Zellen, sondern auf denselben befindlich, auch Bockhardt behauptete, dass sie sich vorwiegend auf den Eiterkörperchen oder den Kernen derselben fänden, Leistikov wiederum fand sie eingeschlossen im Protoplasma der Epithelien und Eiterzellen, und zwar nicht auf, sondern in den Kernen liegend. In Bezug auf das Verhältniss der Gonococcen zu den Epithelien stand die Ansicht Neisser's zu der Bockhardt's in Widerspruch, indem Neisser auch in Epithelien Gonococcen vorfand, Bockhardt dagegen behauptete, er habe niemals in tausenden von Präparaten mit Gonococcen besetzte Epithelien gefunden. Ein anderer Autor, Podres, suchte die Lagerung der Gonococcen



in Beziehung zum Verlaufe der Gonorrhoe zu bringen, indem er die Behauptung aufstellte, dass Fälle, bei denen im acuten Stadium sich zahlreiche innerhalb der Eiterzellen liegende, dagegen fast keine freiliegenden Gonococcen fanden, ganz ruhigen Verlauf zeigten, ja zumeist in 5—12 (!) Tagen mit Genesung endeten, andere Fälle hingegen, wo die Gonococcen vorwiegend frei lagen, eine ungünstige Prognose bezüglich des Verlaufes ergaben, da sie zumeist Complicationen, wie Uebergreifen des Processes auf Lymphgefässe, regionäre Lymphdrüsen, Nebenhoden, Harnblase etc. im Gefolge hatten. In circa 800 Fällen, aus denen Podres diese Beobachtungen geschöpft hatte, soll jenes Verhältniss zwischen Gonococcenlagerung und Verlauf der Gonorrhoe zugetroffen haben. Doch hat die Ansicht Podres durch die von Finger und Lanz vorgenommenen Untersuchungen, auf die wir noch zurückkommen werden, keine Bestätigung erfahren. Aehnliche Beziehungen suchte man zwischen dem jeweiligen Stadium der Gonorrhoe und der Zahl der im Secrete auftretenden, von Gonococcen bedeckten Leukocyten und Epithelien. Ein Vorwiegen der Leukocyten bedeutete das Anfangsstadium, das Auftreten zahlreicher Uebergangsepithelien dagegen mehr das Endstadium des Processes. Die Untersuchungen beschränkten sich hiebei fast nur auf die Blennorrhoe der männlichen Urethra, während in dieser Hinsicht bei gonorrhoischen Erkrankungen anderer Organe nur Beobachtungen von Arning vorliegen, welcher bei Untersuchungen gonorrhoischer Bartholinitiden constatirte, dass die acuten Fälle die Gonococcen fast ausschliesslich an die Eiterzellen gebunden zeigten, während bei chronischen Fällen auch sehr zahlreiche von Gonococcen besetzte Epithelien, insbesondere Plattenepithelien des Ausführungsganges, zu finden waren.

Im 1. Hefte des 52. Bandes (Jahrgang 1900) des Archivs für Dermatologie und Syphilis sucht nun Lanz ein besonderes Verhältniss zwischen der Lagerung der Gonococcen und der Art der Gewinnung des Secretes nachzuweisen. Wie Lanz erwähnt, waren derartige Untersuchungen bereits von Orcel und Guiard gemacht worden und hatten diese Autoren bei Abschaben des Secretes von der Harnröhrenschleimhaut, nachdem der Kranke urinirt hatte, zahlreiche freie Gonococcen-

haufen nachweisen können. Dasselbe war, wie Lanz weiter berichtet bei den von Crippa und Pezzoli mit geknöpften Bougies vorgenommenen Untersuchungen der Fall. Die Methode, die Lanz selbst verwendete, hat jedoch den Vorzug der allergrössten Einfachheit für sich.

Er geht in folgender Weise vor. Durch mehrmaliges nacheinander ausgeführtes, allmälig stärker werdendes Drücken auf die Urethra vor dem Uriniren erhielt er eine Serie von Secretpräparaten, in denen die Gonococcen eine verschiedene Lagerung zeigten. Diese Untersuchungen, so wenig sie auf den ersten Blick von Bedeutung zu sein scheinen, waren mir mit Rücksicht auf die Erklärung, die Lanz für diese Thatsache am Ende seiner Arbeit zu geben versucht, interessant genug, um sie auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Ich habe deshalb Lanz' Untersuchungen genau in der von ihm angegebenen Weise wiederholt und zugleich bei dieser Gelegenheit andere Secrete, als die der männlichen Urethra auf die Lagerung der Gonococcen geprüft.

In der That konnte ich bei acuten männlichen und weiblichen gonorrhoischen Urethritiden constatiren, dass die Lagerung der Gonococcen mit der Art der Gewinnung des Secretes zusammenhängt.

Wurde der vor dem Uriniren aus dem Lumen ohne besonderen Druck auf die Urethra reichlich hervortretende Eiter untersucht, so fand sich jedesmal eine kolossale Menge von Leukocyten, die Gonococcen waren fast sämmtlich intracellulär. Streifte man gleichzeitig das Secret von der Harnröhrenwand mit einer Oese ab, so zeigten sich neben der grossen Zahl der Leukocyten auch Epithelien. Die Gonococcen waren wiederum zumeist intracellulär, spärlich extracellulär gelagert. Nachdem nun durch starken Druck auf die Urethra das im Lumen befindliche Secret ausgedrückt war, konnte man, wie Lanz gleichfalls constatirte, wahrnehmen, dass das Secret seine gelb-eitrige Beschaffenheit verlor, mehr milchig wurde und dieser zuletzt gewonnene Secrettropfen zeigte eine, wenn auch nicht gerade auffallende Zunahme der Epithelien, ein deutliches Geringerwerden der Leukocyten. Die Gonococcen waren jetzt ziemlich gleichmässig in- und ausserhalb der Zellen gelagert, ja oft die Zahl der extracellulären grösser als die der intracellulären. Nach dem Uriniren war das Verhältniss meist das gleiche wie



bei diesem letzten Secrete, und ebenso hatte ich bei chronischen mit geringem Ausfluss verbundenen Gonorrhoen dasselbe Resultat.

Für dieses Verhalten hat nun Lanz in seiner Arbeit eine Erklärung zu geben versucht, die wohl im Stande wäre, diese Resultate zu deuten. Er behauptete nämlich, dass in dem einen Falle, wo das Secret ohne stärkeren Druck gewonnen wurde, dasselbe vorwiegend aus im Harnröhrenlumen sich ansammelnden Eiter bestehe, in dem anderen Falle, i. e. bei Gewinnung des Secretes durch starken Druck dasselbe neben freiem Eiter auch die der Schleimhaut anhaftenden Elemente: durch Entzündung gelockerte Epithelien und freie Gonococcenhaufen enthalte. Wie Lanz hervorhebt, haben Finger, Ghon und Schlagenhaufer in ihren Untersuchungen dargethan, dass diese freien Gonococcenhaufen der Harnröhrenoberfläche aufliegen, zum Theile aber auch dem Lumen der Morgagni'schen Taschen entstammen. Diese freien Gonococcenhaufen haften nun nach Lanz der Harnröhrenoberfläche so fest an, dass sie nur durch stärkeren Druck, respective durch Abschaben (Orcel) gewonnen werden können. Diese Ansicht wäre in der That vollständig ausreichend, die verschiedene Lagerung der Gonococcen zu erklären.

Wenn nun aber wirklich die Gewinnung des Secretes von solcher Bedeutung für die Lagerung der Gonococcen ist, so erschien es interessant, auch andere Secrete des übrigen Genitaltractus auf diese Verhältnisse zu prüfen. Meine diesbezüglichen Untersuchungen ergaben folgendes Resultat: Bei chronischer weiblicher Urethritis ist oft nur bei starkem Drucke ein einziger Tropfen exprimirbar, und dieser zeigte, in einer grossen Zahl von Fällen untersucht, niemals ein gleiches Verhältniss zwischen intra- und extracellulär gelagerten Gonococcen, geschweige denn ein Ueberwiegen der letzteren über die ersteren. Bei acuten gonorrhoischen Bartholinitiden, bei denen das Secret meist auch nur durch stärkeren Druck gewonnen wurde, war gleichfalls stets die Lagerung der Gonococcen fast nur intracellulär, nur in einem Falle, bei welchem es sich um ein mehr milchiges Secret gehandelt hatte und wo die Zahl der Leukocyten relativ gering war, fand sich ein ziemlich gleiches Verhältniss zwischen intra- und extracellulären

Gonococcen. Ich machte die Beobachtung, dass sich in allen den obigen Secreten vorwiegend dort intracelluläre Gonococcen fanden, wo die Zahl der Leukocyten sehr gross war, dass aber dort, wo dieselben in verhältnissmässig geringerer Zahl anzutreffen waren, sich häufiger Gruppen freier, extracellulär gelagerter Gonococcen constatiren liessen.

In gleicher Weise schien dies mehr oder weniger der Fall zu sein in den gonorrhoischen Secreten des Cervix, der Vagina, sowie schliesslich auch bei Untersuchung von im Harne befindlichen Fäden bei chronischer Urethritis gonorrhoica. Wie übrigens bereits erwähnt, enthielt auch der nach Lanz' Methode zuletzt gewonnene Tropfen bei acuter Gonorrhoe, der überwiegend oder ziemlich gleichmässig vertheilt extracelluläre, wie intracelluläre Gonococcen im mikroskopischen Bilde zeigte, eine relativ bedeutend geringere Zahl von Leukocyten, als der zuerst untersuchte Eiter.

Es scheint mir demnach nicht unwahrscheinlich, dass auch zwischen der Zahl der Leukocyten und der Lagerung der Gonococcen ein Zusammenhang bestehen könne.

Dass dieses Verhältniss zwischen Leukocyten und Gonococcen jedoch nicht entsprechend der Metschnikoff'schen Phagocytentheorie dahin aufzufassen ist, dass die Leukocyten die Gonococcen sozusagen „fressen", hat Bumm bereits im Jahre 1889 auf Grund seiner Untersuchungen behauptet, indem er zugleich die Ansicht vertrat, die Gonococcen träten in die Leucocyten ein, vermehrten sich activ daselbst und brächten die befallenen Zellen schliesslich zum Platzen.

Drobny, der in einer aus dem Privatkrankenhause Podres' 1898 hervorgegangenen Arbeit neuerdings aus 77 Fällen die Richtigkeit der oben wiedergegebenen Ansicht Podres' zu beweisen bemüht ist, versucht zugleich für den Zusammenhang zwischen extra- und intracellulärer Gonococcenlagerung und dem Verlauf der Gonorrhoe eine Erklärung zu geben. Darnach erzeugten die Gonococcen unter Lähmung der Leukocyten in den Körper übergehende Toxine, von deren in den Körper aufgenommenen Menge der Verlauf der Gonorrhoe abhänge. Die gelähmten Leukocyten wären nicht im Stande, Gonococcen einzuschliessen (und dies wären eben die Fälle mit zahlreichen extracellulären Go-



nococcen und in der Folge ungünstigem Verlaufe), weshalb die Mikroorganismen leichter in die umliegenden Gewebe eindringen und Complicationen hervorrufen könnten. Diese Theorie des Auftretens von Toxinen ist zwar an und für sich recht bequem und wäre vielleicht auch geeignet, den Zusammenhang zwischen Gonococcenlagerung und Verlauf der Gonorrhoe erklärlich zu machen, leidet aber darunter, dass sie mit den von Lanz gefundenen und von mir bestätigten Untersuchungsresultaten nicht im Einklange steht.

Wie sich dies nun auch immer verhalten möge, Thatsache ist, dass ich in jenen Secreten vorwiegend intracelluläre Gonococcen constatiren konnte, in welchen die Leukocyten mehr weniger dicht gedrängt beisammen liegen, andererseits hauptsächlich dort extracelluläre Gonococcen erscheinen, wo die Leucocyten an Zahl abzunehmen begannen. Ebenso sicher ist es ferner, dass der Lagerung der Gonococcen keine prognostische Bedeutung zukommen kann, wie sie ihr Podres und Drobny zuzuschreiben versucht haben. Denn in acuten, auf der Höhe des Processes stehenden Gonorrhoen ist die extracelluläre Lagerung der Gonococcen, wie eben Lanz neuerdings nachgewiesen hat, stets arteficieller Natur d. h. nur auf die Art der Gewinnung des Secretes zurückzuführen.

Zum Schlusse gestatte ich mir, meinem verehrten Chef, Herrn Professor Pick, für die wohlwollende Unterstützung bei der Ausführung dieser Arbeit meinen besten Dank auszudrücken.

Literatur.

1. Bockhardt M. Beitrag zur Aetiologie und Pathologie des Harnröhrentrippers. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Band XV. Jahrgang 1883.

2. Arning E. Ueber das Vorkommen von Gonococcen bei Bartholinitis. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. XV. Jahrg. 1883.

3. Podres A. Ueber Blennorrhoe des Harnapparates beim Manne. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. XVII. Jahrgang 1885.

4. Bumm. Die Phagocytenlehre und der Gonococcus. Ref. Münchener medicin. Wochenschrift 1889. Nr. 1.

5. Finger E. Blennorhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen. 1896. Vierte Auflage.

6. Lanz A. Ueber die Lagerung der Gonococcen im Trippersecret. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. LII. Jahrgang 1900. 4. Heft.

7. Drobny. Ueber die Abhängigkeit des Verlaufes der Urethritis von der Localisation der Gonococcen. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. XLVI. Jahrgang 1898.



Mittheilungen aus der II. medicinischen Klinik zu Budapest.
(Director: Prof. Karl von Kétly.)

Ein Fall von eigenartiger Hautveränderung: „Chalodermie“ (Schlaffhaut).

Von

Dr. **Ladislaus von Kétly,**
I. Assistent.

(Hiezu Tafel VIII.)

Ich beabsichtige im Folgenden über eine interessante Hautveränderung zu berichten, von der ich anfänglich den Eindruck erhielt, als ob sie zu jenen Fällen von Cutis hyperelastica seu Cutis laxa gehörte, bezüglich welcher die — allerdings spärlichen — Beobachtungen in der betreffenden Literatur niedergelegt sind; gelangte dagegen bei näherer Untersuchung des Falles, namentlich bei Berücksichtigung des weiter unten mitzutheilenden mikroskopischen Befundes zu dem Schlusse. dass es sich hier um eine, von jenen erwähnten Fällen verschiedene Hautveränderung handle, die als ein selbständiges Krankheitsbild von ihnen abgesondert, ja in gewissem Sinne als geradezu gegensätzlich ihnen gegenübergestellt zu werden verdient.

Es handelte sich um eine 30jährige Frau, Köchin; dieselbe war vorher angeblich stets gesund gewesen; was die hereditären Verhältnisse der Patientin anbelangt, erfuhr ich anamnestisch, dass der Vater an Lungenschwindsucht, die Mutter an einer der Patientin unbekannten Krankheit gestorben sei. Von vier Geschwistern starben drei an Cholera, eines lebt und ist gesund. In Betreff der geschlechtlichen Functionen gab Patientin an, seit ihrem fünfzehnten Lebensjahre normal menstruirt zu haben.

Patientin suchte mich eigentlich zu dem Zwecke auf, um wegen einer Affection der Athmungswege in meine Behandlung zu treten. Dieselbe datirte einige Zeit zurück, indem sich vor zwei Jahren bei ihr ein



Husten eingestellt hatte, der damals durch zwei Wochen anhielt, um sich dann zeitweise, zum letzten Male im Herbste, zu wiederholen. Patientin gibt an, zu dieser Zeit gefiebert, starke Nachtschweisse, sowie auch einen reichlichen grüngelblichen Auswurf gehabt zu haben. Im Februar 1899 stellten sich die Erscheinungen nun wieder ein, der Husten sowohl, im Anschluss an welchen diesmal auch Heiserkeit auftrat, als auch allabendliche Temperatursteigerungen und Nachtschweisse; zu diesen Symptomen, die seit dem 10. Februar bestanden, traten am 13. und 14. Februar noch blutiger Auswurf, Seitenstechen und eine ausgesprochene allgemeine Schwäche, in Folge welcher Patientin nun unsere Klinik aufsuchte.

Die interessante Hautveränderung nun, welche Patientin darbot, kam zunächst, bei dem ausgesprochenen internen Krankheitsbilde, welches sie zeigte, nur als Nebenbefund in Betracht; ich erhob dieselbe gelegentlich der Vornahme der Lungenpercussion und erfuhr hierbei, dass dieselbe seit dem 18. Lebensjahre der Patientin bestehe; ein Arzt war bisher betreffs derselben, angeblich aus Schamgefühl, gewiss aber auch, weil die Krankheit keinerlei wesentliche Beschwerden verursachte, noch nie zu Rathe gezogen worden. Im achtzehnten Lebensjahre also begann das Leiden, indem nun an der bis dahin vollständig normalen Haut eine Aenderung und zwar in der Weise eintrat, dass zunächst die Haut über den beiderseitigen Glutealgegenden weicher wurde, sich nach und nach ausdehnte, um schliesslich förmlich herabzuhängen, ein Zustand, an dem sich seitdem, das heisst also seit ungefähr dreizehn Jahren, nichts mehr geändert hat; entsprechende Erscheinungen traten nun bald darauf auch an den beiden, bis dahin völlig normalen, feststehenden, harten Brüsten auf, indem auch hier die bedeckenden Hautmassen gleiche Veränderungen durchmachten, bis schliesslich auch sie schlaff und breit herabhingen. Desgleichen bemerkte Patientin, dass die Bauch- und Rückenhaut runzelig werde, was bei stetiger Zunahme der Erscheinungen zu Folge hatte, dass hier ein gleiches wie dort resultirte, das heisst ein Herabhängen der erweichten und erschlafften Hautpartien in grossen Massen. Im Gegensatze hiezu war das Gesicht, respective die Haut desselben, von allem Anfange von der Affection verschont geblieben, ein Umstand, welcher zur Folge hatte, dass an der angekleideten Patientin auch nicht das Mindeste von all dem Erwähnten zu bemerken war.

Schmerzen verursachten die beschriebenen Veränderungen nie und verursachten die letzteren der Patientin mehr dadurch Unannehmlichkeiten, dass sie, zur Zeit als die Erscheinungen schon ausgesprochenere waren, in Folge der grossen, herabhängenden Hautmassen, schon durch das blosse Gewicht derselben, in der Bewegung nicht unwesentlich beschränkt wurde und ausserordentlich leicht ermüdete.

Schliesslich konnte ich anamnestisch bei der Patientin noch erheben, dass eine ähnliche Hauterkrankung ihres Wissens in ihrer Familie bisher nicht beobahctet worden war.

Was nunmehr den Status praesens anlangt, war dieser folgender:



Patientin mässig kräftig gebaut, namentlich im Gesicht stark abgemagert, von völlig normalem Knochensystem.

Die allgemeinen Decken blass, von normaler Durchfeuchtung; die Haut des Gesichtes blass, von aschgrauer Verfärbung, Wangen eingefallen. Conjunctivae blutleer. Pupillen mittelweit, gleich gross, auf Licht sowohl als auf Accomodation prompt reagirend. Die Gesichtshaut kann innerhalb des normalen Maasses in Falten gelegt werden. Zunge blassroth, feucht, etwas belegt. Der Hals ist lang, die Haut über demselben auffallend verdünnt, leicht faltbar, das subcutane Fettgewebe bedeutend vermindert; die Fossae supra- und infraclaviculares sehr deutlich ausgeprägt tief; Thorax flach, das Sternum in seinem mittleren Theile eingesunken. Beim Athmen bleiben die Fossae supra- und infraclaviculares zurück. Die Haut des Thorax fühlt sich weich an und lässt sich, aber nicht in bedeutendem Grade, in Falten legen; sie weist oberhalb des Sternums ein Muttermal auf, welches, von weisser Farbe, ungefähr die Grösse einer kindlichen Handfläche hat. Die Haut über den Mammae fühlt sich äusserst weich und sehr schlaff an, hängt bis zum Abdomen herab und zwar — wenn man die Messung an der sitzenden Patientin vornimmt — rechterseits bis 26·5, linkerseits bis 28 Cm. unterhalb der betreffenden Clavicula. Am Rücken ist die Haut über den beiderseitigen Schulterblättern sehr verdünnt, atrophisch, wodurch die unterliegende Musculatur bläulich durchschimmert. Gleichzeit erscheint die Haut an diesen Partien nicht mehr als normal faltbar und ist durch bläulich-röthliche Gefässchen wie marmorirt.

Auch unterhalb der beiden Scapulae ist die Haut dünn, fettarm, durch bläuliche Gefässchen marmorirt, sehr mässig faltbar und stark gespannt, mit den Knochen und Muskeln aber nirgends verwachsen. Diese Dünnheit und Gespanntheit der Rückenhaut ist leicht erklärlich durch die Zerrung derselben seitens der schweren und — wie weiter unten noch beschrieben werden soll — in grossen Massen herabhängenden Haut der Gluteal- und Schenkelgegenden. Schon in der Lumbalgegend hängt die Haut, ähnlich der Form eines leeren Sackes, herab und lässt an ihrer Oberfläche vielfache quergestreifte Narben sehen, die den bekannten Schwangerschaftsnarben nicht unähnlich

sind. Eine ganz kolossale Veränderung weist, wie schon oben erwähnt, die Haut der Glutealgegenden auf. Dieselbe ist von auffallender Weichheit, das Unterhautzellgewebe ist beträchtlich vermehrt und sie hängt gleich der, dieselben Veränderungen aufweisenden Haut der Oberschenkel, mit dieser in grossen massigen Falten herab, wodurch bei stehender Stellung der Patientin ein Bild entsteht, jenem nicht unähnlich, das ein bosnischer Soldat in seinen unförmlich aufgetriebenen, den Körperformen nicht angepassten Pluderhosen darbietet. Die erwähnte Form der Hautveränderung gleicht dem Bilde des zum Vergleiche herangezogenen Anzuges auch in der Beziehung, dass unter den Knieen, an den Unterschenkeln, gewissermassen eine Verengerung erscheint, indem an den erwähnten Stellen die oberhalb desselben pathologisch veränderte Haut, die normale Beschaffenheit wiedergewinnt und hier kaum in Falten legbar ist. Was endlich die Beschaffenheit der Haut im Bereiche der oberen Extremitäten anlangt, ist dieselbe über der beiderseitigen Bicepsmusculatur leicht in grösseren Falten aufzuheben, aber nicht auffallend dehnbar; das Unterhautfettgewebe ist hier sehr gut entwickelt, weshalb die Haut auch hier in Folge ihres entsprechend vermehrten Gewichtes als schwere Masse in grossen Falten herabhängt (s. Taf. VIII).

Die beschriebenen Verhältnisse, sind an den beigefügten Figuren gut sichtbar. Die Patientin erscheint in denselben von vorn, von seitwärts und von rückwärts aufgenommen. (Das am Rücken der Patientin sichtbare Kreuz markirt jene Stelle, unterhalb welcher die Excision von Hautmaterial zu Untersuchungszwecken vorgenommen wurde.)

Die Musculatur des Körpers allenthalben kräftig entwickelt, nicht atrophisch, die Haut mit derselben nirgends verwachsen, weshalb auch die gesammte active sowohl wie passive Bewegungsfähigkeit unbehindert erscheint.

Die Lungenuntersuchung ergibt gedämpften Percussionsschall über beiden Spitzen, ferner rauhes Athemgeräusch und Rasseln daselbst.

Herzbefund normal; ebenso Leber- und Milzdämpfung innerhalb normaler Grenzen. Im Harn keinerlei pathologische Bestandtheile.

Temperatur bei der Aufnahme 38·3° C. Starker Husten, grünliches Sputum; Tbc.-Bacillenbefund in diesem negativ.



Gegen den Hustenreiz erhielt Patientin Codeinpulver à 0·02 Gr., schon nach einigen Tagen trat eine Besserung in ihrem Befinden ein und hustete sie weniger. Nach einmonatlicher Behandlung verliess sie die Klinik.

Wie schon oben erwähnt, wurde eine Partie der Haut zu Untersuchungszwecken excidirt; die Härtung derselben erfolgte in Alkohol.

Der mikroskopische Befund nun war folgender:[1])

Die oberen Schichten der Epidermis und des Corium zeigten völlig normale Verhältnisse; es erschienen sowohl die einzelnen Schichten der Epidermis von normaler Höhe, als auch die Faserung des Stratum Malpighii wohlerhalten. Die Pigmentation war ein wenig gesteigert, die Interpapillarfortsetzungen hatten normale Länge; in den Papillen war keinerlei zellige Infiltration vorhanden; das Collagen als auch die elastischen Fasern erschienen an Zahl sowohl, wie auch an Dicke und Vertheilung vollständig normal; zusammenfassend geht daraus hervor, dass die Erscheinungen auf Veränderungen zurückzuführen sind, welche in den tieferen Theilen des Stratum reticulare und in der Subcutis ihren Sitz haben; hier machten sich auch thatsächlich drei Umstände vor allem augenscheinlich bemerkbar: Ein Mangel an dicken Collagen- und elastischen Balken, eine hochgradige Erweiterung der Blutgefässe und schliesslich eine sehr starke, diffuse, eigenthümliche Zellinfiltration. Jene Stellen im mikroskopischen Bilde, an welchen wir normaler Weise dicke Collagenfasern und allmälig an Masse zunehmende elastische Bündel finden, zeigen hier — bei Färbung nach Van Gieson, respective bei Orceinfärbung — feine, schnörkelförmig verlaufende, aber sonst gut gefärbte Collagenfasern und zusammengerollte, elastische Schlingen, welch letztere, ohne Elacinbildung zu zeigen, das Opfer einer körnigen Veränderung geworden sind. Es erscheinen nämlich diese elastischen Fasern, die an manchen Stellen sehr scharfe, an anderen wieder verschwommene Contouren zeigen, mit einer grossen Menge von scharf abgegrenzten, 1—2 Mm. grossen, die Elacinfärbung vorzüglich nachahmenden Körnern bedeckt; diese Körner, die an einigen Stellen noch ganz deutlich mit den Fasern zusammenhängen, bilden an anderen Stellen

[1]) Doc. Dr. Nékám hatte die Freundlichkeit, die histologische Untersuchung vorzunehmen.



von diesen völlig unabhängige Haufen, die die Fasern stellenweise vollständig verdecken.

Es ist hier nochmals ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese im Vorhergehenden charakterisirten Veränderungen, ausschliesslich in den tieferen Schichten des Corium nachzuweisen waren; diese sind auch der Sitz einer weiteren, pathologischen Veränderung, nämlich einer Zellinfiltration, welche das lockere Bindegewebe, namentlich in der Umgebung der Schweissdrüsenschlingen, erfüllt, dadurch die einzelnen Schweissdrüsenschlingen weit von einander verschiebt und das Bindegewebe daselbst äusserst zellreich erscheinen lässt. Mikroskopisch sieht man an diesen infiltrirten Stellen zunächst verhältnissmässig viele, multipolare und multinucleäre, sehr grosse, sternförmige, glatte Bindegewebszellen, deren Protoplasma bald sehr stark basophil, bald wieder acidophil oder zur Färbung kaum geneigt ist. Noch massenhafter als diese, schon bei schwacher Vergrösserung stark ins Auge fallenden Zellen, finden sich rundliche, mit reichlichen acidophilen Körnern versehene Zellen, die, wenn auch selten, manchmal mit gesprengten Hüllen erscheinen, wobei sich dann ihre Granula allenthalben in den Theilen des Gewebes zerstreuen. Ausser diesen beiden, bisher erwähnten, Zellformen sieht man in grosser Anzahl auch sich stark färbende, gewöhnliche Bindegewebszellen von Sternform.

Die dritte hauptsächlichste Veränderung endlich, die das mikroskopische Bild zeigt, ist der ödematöse Charakter, welchen man stellenweise in der Umgebung der Blutgefässe zu sehen Gelegenheit hat; auf denselben weist sowohl die an vielen Stellen sichtbare Erweiterung der Gefässe, sowie das Vorhandensein von theils frischen, theils bereits organisirten Thromben in den Venen hin.

Fassen wir also die einzelnen Erscheinungen zum Gesammtbild zusammen, so handelt es sich hier im wesentlichen um Veränderungen in den untersten Schichten der Haut, die im Verschwinden der starken Balken und einer mucösen Gewebsveränderung bestehen.

Was die bisher in der einschlägigen Literatur mitgetheilten,



ähnlichen — wie ich jedoch schon hier ausdrücklich hervorheben will — mit dem von mir hier beschriebenen keinesfalls identischen Fälle anbelangt, sei hier Folgendes erwähnt:

Rossbach (1) berichtete über einen 18jährigen, jungen Mann, bei welchem die Gesichts- sowohl als die Rumpfhaut ausserordentlich dehnbar war, und sich in grosse Falten ziehen liess, welche sich beim Nachlassen, respective Aufhören des Zuges, wie ein ausgedehnter Gummi auf ihr früheres Volumen zurückzogen: diese hochgradige Anomalie im Bereiche der Haut, aus der eine starke Runzelung derselben resultirte, gestaltete den Gesichtsausdruck des jugendlichen Patienten zu einem Greisenhaften. Was die diesen Veränderungen zu Grunde liegenden Ursachen betrifft, so kamen als solche eine das normale Mass bedeutend übersteigende Elasticität der Gesichts- und Rumpfhaut in Betracht und das Herabhängen der gedehnten Haut war nur auf Kosten dieser immens gesteigerten Elasticität, dagegen nicht auf eine Gewichtszunahme derselben oder auf eine Vermehrung des Unterhautzellgewebes zurückzuführen.

W. Dubreuilh (2) theilt einen ähnlichen Fall mit. Derselbe betrifft ein 18½jähriges Mädchen, das die zweite Tochter einer höchst nervösen Mutter war, deren drittes Kind an Gehirnhautentzündung starb. Die bis zu ihrem zehnten Lebensjahre stets gesund gewesene Patientin erkrankte im December 1888 plötzlich unter Fieber, welches drei Tage anhielt und an welches sich dann das Auftreten von papulösen Hautefflorescenzen am Körper anschloss, die Urticariaplaques ähnlich und von langsam verschwindenden Ecchymosen gefolgt waren; es traten nun innerhalb mehrerer Monate zu wiederholltenmalen Recidiven der erwähnten Efflorescenzen auf. Gleichzeitig gingen damit andere, höchst bemerkenswerthe Veränderungen an der Haut einher, indem sich eine Woche nach Beginn der beschriebenen Eruptionen zu diesen eine ödematöse Schwellung der Haut am ganzen Körper unter Fehlen aller entzündlicher Erscheinungen wie diffuser Röthung und Schmerzhaftigkeit hinzugesellte. Drei Wochen später zeigte sich ein bedeutend anderes Bild, indem die Schwellung zurückgegangen und die Haut schlaffer geworden war. Im April waren an der Haut der Patientin keinerlei Eruptionen sichtbar, vielmehr nur einige oberflächliche Cicatrices an der Stirn-, der Gesichts- und seitlichen Halshaut, dagegen hängte im Bereiche des Gesichtes die Haut in grossen Massen herab, wodurch die Gesichtszüge den für die Lähmung der Gesichtsnerven charakteristischen Ausdruck erhielten. Die Lippen erschienen verzogen, die Haut im Bereiche der Wangen stark herabhängend, sämmtlich Veränderungen, die bei jeder, wie immer gearteten Inanspruchnahme der mimischen Gesichtsmusculatur, noch deutlicher als sonst hervortraten. Auch unter dem Kinn hängte die Haut in einer Falte herab, desgleichen erschien die Haut des Halses wie bei Greisen in Falten gelegt, wie überhaupt die Erscheinungen, namentlich im Gesichte, das Aussehen der Patientin greisenhaft gestalteten. Auch im Bereiche des oberen Brusttheils zeigte die Haut vielfach Falten und erschien hier übrigens auch stellen-





weise ödematös infiltrirt. Desgleichen war die Haut an den Schenkeln und Knien schlaff und faltig. Noch im selben Jahre erfolgte eine neue, aus auf indurirter Basis aufschiessenden Flecken bestehenden Eruption an den Armen und im Gesichte, hier von Lidödem begleitet und später eine zweite an den unteren Extremitäten, die im wesentlichen das Bild eines Erythema nodosum darbot und wobei auch einige Pemphygoid-Blasen entstanden. Zwei Jahre später zeigte Patientin annähernd dasselbe Aussehen, namentlich der greisenhafte Gesichtsausdruck, hervorgerufen durch die an beiden Gesichtshälften herabhängenden Hautfalten, hatte sich nicht geändert; dabei fand sich an diesen derartig ausgedehnten Hautpartien keine Spur von Oedem, das Fettpolster unterhalb derselben war ein sehr geringes, ein Umstand, welcher zu Folge hatte, dass sich durch diese sehr dehnbare und bewegliche Haut, die von ihr bedeckten Muskeln und Knochen sehr gut durchtasten liessen. Der Herzbefund war völlig normal, desgleichen die Temperatur; ebensowenig war eine Sensibilitätsstörung in den betreffenden Hautpartien vorhanden, die übrigens auch eine vollständig normale Durchfeuchtung zeigten. An den unteren Augenlidern hat sich als Folge des durch die beschriebenen Hautfalten stetig auf sie ausgeübten Zuges ein Ectropium gebildet. Die den Hals, die Brust und den Bauch überziehende Haut hat sich gewissermassen von ihrer Unterlage gelöst, ihre Elasticität und Beweglichkeit hat im hohen Grade zugenommen; auch die Mammae erscheinen in Folge dessen kaum angedeutet. Auch an den Armen und Schenkeln ist die Haut viel schlaffer, beweglicher geworden und ist ihr Fettpolster dabei nur ein mässiges; gegen die peripheren Theile der Extremitäten hin verliert sich allmälig diese schlaffe Beschaffenheit der Haut, indem sie hier mehr und mehr der normalen weicht. Dabei zeigte merkwürdiger Weise die Haut an allen den erwähnten erschlafften Partien keinerlei Structurveränderung; weder Induration, noch Verdickung, liess sich — im Gegensatze zu Elephantiasis und Sclerodermie — constatiren; es scheint sich also in diesem Falle um eine gesteigerte Elasticität der Haut, einhergehend mit Verminderung des Fettgewebes, zu handeln, Veränderungen, die ihre Ursache in den erwähnten, vorausgegangenen Oedemen haben, sich aber nach dem Schwinden derselben nicht mehr zurückbildeten, so dass die seinerzeit von den Oedemen betroffenen Hautpartien in der beschriebenen Art und Weise ausgedehnt verblieben.

Einen anderen, den beiden im Vorausgehenden beschriebenen, analogen und ebenso wie diese dem Krankheitsbilde der Cutis laxa ähnlichen Fall, theilte John Bell (3) mit, der denselben als Dermatolysis bezeichnete. Er betraf einen 23jährigen jungen Mann (Namens Georgius Albes) und wurde von Muck'ren im Jahre 1657 beobachtet; der betreffende Mann war, wenn er mit der linken Hand die Haut seiner rechten Brusthälfte oder Schulter ergriff, im Stande, diese derartig auszudehnen, dass er mit derselben den Mund berühren konnte; desgleichen vermochte er die Haut unterhalb des Kinns mit beiden Händen soweit herabzuziehen, dass er mit derselben die Brust berühren oder sie nach oben schlagend



Gesicht und Augen, eventuell bis zum Scheitel damit bedecken konnte. Ebenso konnte er die Haut über dem Kniegelenke etwa um ¹/₈ Yard nach oben und unten ausdehnen. Dabei zog sich die gedehnte Haut beim Nachlassen des Zuges von selbst zurück, was ein Beweis für die gegen normale Verhältnisse hochgradig gesteigerte Elasticität der Haut in diesem Falle ist. Auffallend ist hier, dass diese Veränderungen der Haut nur im Bereiche der rechten Körperhälfte bestanden. Sie resultirten hier nicht etwa als Folge vorgenommener entsprechender Uebungen, sondern waren lediglich durch pathologische Vorgänge an den betreffenden Partien verursacht.

Einen weiteren Fall von „Cutis laxa" publicirte W. Williams (4), über denselben theilten übrigens auch Du Mesnil (5) und O. Seiffert (6) Untersuchungsresultate mit, wobei jedoch die einzelnen Autoren bezüglich desselben zu verschiedenen Anschauungen gelangt sind. Der Fall betraf einen 22jährigen, jungen Mann, S. P., welcher alle Theile Deutschlands durchreiste, wobei er als „gummihäutiger anatomischer Wundermensch" gezeigt wurde. Was die Anamnese des Falles betrifft, ergab dieselbe das Fehlen einer jeglichen Belastung und das Patient früher stets gesund gewesen; von der im Bereiche seiner Haut bestehenden Anomalie hatte Patient vorher keinerlei Kenntniss, bis dieselbe vor 4 Jahren zufällig entdeckt worden war, von welcher Zeit sie sich aber in stetiger und rascher Zunahme befand. Was den somatischen Befund anlangt, zeigte Patient eine normal entwickelte, etwas schlaffe Musculatur, keinerlei Störungen der Ernährung der blutbeschaffenheit, der Respirations- und Genitalorgane; bezüglich des Nervensystems zeigte sich nur eine deutlich ausgesprochene Ueberempfindlichkeit gegen Kälte, während die motorische Sphäre allenthalben normale Verhältnisse zeigte. Die sichtbaren Schleimhäute waren etwas Blutarm. Die Haut war blass, sehr trocken, sammetartig, gerieth nur auf starke Reize hin in Schweiss. Dabei erschien die Haut und das Unterhautzellgewebe sehr dünn, das Fettpolster sehr gering, die Haut äusserst dehnbar und über den unterliegenden Theilen sehr leicht verschieblich, Verhältnisse, die übrigens keineswegs an allen Körperstellen gleich deutlich ausgeprägt waren; so war z. B. die Haut im Bereiche der oberen Partien der vorderen Thoraxfläche derartig dehnbar, dass Patient mit einer aus derselben aufgehobenen Falte wie mit einem Vorhange das Gesicht bedecken konnte; im Gegensatze hierzu stand die Haut an anderen Körperregionen in völlig normaler Weise mit den unterliegenden Gebilden in Zusammenhang. Die gedehnte Haut erschien sehr durchsichtig und kehrte bei Nachlassen der spannenden Kraft sofort und vollkommen in ihre frühere Lage zurück. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Falles, die von Williams an einem aus der Haut der Lumbalgegend excidirten Stücke vorgenommen wurde, zeigten sich folgende Verhältnisse: die elastischen Fasern erschienen normal, von etwas welligem Verlauf, im Stratum papillare etwas feiner als sonst, an Zahl nicht vermehrt, vielleicht aber etwas länger als gewöhnlich. Grössere Veränderungen als die elastischen Fasern weist das Collagengewebe auf,



indem in den tieferen Schichten der Haut jene breiten, welligen Bindegewebsstränge fehlen, wie sie sich hier in der normalen Haut finden; im Gegensatze zu diesen zeigten sich hier viel schmälere, aber zahlreichere Stränge, die unterhalb des subpapillären Gefässnetzes normale Zusammensetzung zeigten, dagegen in der Höhe desselben schmäler und weniger dicht erschienen und oberhalb desselben sogar in einzelne, selbständige Fasern zerfielen; unterhalb des Epithels fanden sich nur noch vereinzelte Fasern, mit den Bindegewebszellen in eine homogene Masse eingebettet. Die Bindegewebszellen zeigten keine Zeichen der Proliferation; um die kleineren Gefässe, namentlich im Bereiche der oberen Hautschichten, fanden sich Anhäufungen von Rundzellen, der Hauptsache nach Wanderzellen. In den tieferen Hautschichten zeigten namentlich die grösseren Gefässe einen geschlängelten Verlauf, doch war derselbe auch an den Capillaren bemerkbar, wodurch dieselben länger als normal erschienen; ferner erschienen die Capillaren und Lypmphgefässe, namentlich in den oberen Hautpartien erweitert; auch die Nerven verliefen hier geschlängelter als normal und imponirten dadurch als länger. Die Epithelstructur zeigte normale Verhältnisse, nur erschienen die einzelnen Zellen grösser als dies gewöhnlich der Fall ist. Die obersten Epithellagen erwiesen sich als sehr faltig, die Talgdrüsen als sehr gross, wie man sie normaler Weise in der Wangenhaut antrifft. Auffallender Weise zeigten sich diese vergrösserten Drüsen in allen Partien der Haut, während dies in normaler Haut doch keineswegs der Fall ist. Fibrin fand sich nirgends.

Bei demselben Falle nahm auch Seifert histologische Untersuchungen vor und zwar an einem Stücke, welches er dem damals 19 Jahre alten Patienten aus der Brusthaut in der Höhe der zweiten Rippe entfernt hatte. Er fand hierbei die elastischen Fasern völlig normal, hingegen erwies sich die Cutis unter vollkommenem Verschwinden der Fibrinstränge in ein gleichmässiges, unförmliches Gewebe umgewandelt. Seiffert gelangte zu der Ansicht, dass die Haut in diesem Falle einer elastischen Membran in gewissem Sinne deshalb gleiche, weil die auf dem Gehalte an elastischen Fasern beruhende Dehnbarkeit, in der normalen Haut durch die fibröse Bindegewebsfaserung begrenzt ist, was jedoch hier in Folge des Fehlens der letzteren nicht der Fall ist.

Endlich fand Du Mesnil, welcher denselben Fall ebenfalls mikroskopisch untersuchte, gleichfalls allenthalben normale elastische Fasern, Gefässe und Zellen von gewöhnlichem Bau, jedoch eingelagert in einer völlig homogenen Substanz, welcher er daher, gleich Seifert, einen myxomatösen Charakter zusprach.

Williams, um nun zu diesem zurückzukehren, ist bezüglich des zuletzt geschilderten Falles der Ansicht, dass die Dehnbarkeit der Haut hier zunächst in anatomischen Verhältnissen begründet sei, indem in Folge der teigigen Beschaffenheit des Unterhautzellgewebes die Haut nicht genügend an die unterliegenden Theile fixirt sei, dass sie aber auch



erklärlich sei durch die in hohem Grade vorhandene Elasticität der Haut; dass diese letztere als Erklärungsgrund für die erwähnten Ercheinungen in Betrasht komme, glaubt er dadurch nachzuweisen, dass die Haut, wenn man eine Partie derselben ringsum vollständig, im Bereiche dieser Fixation noch dehnbar war; auch der Umstand spricht seiner Ansicht nach für die vorhandene, hohe Elasticität der Haut, dass die ausgedehnten Partien derselben beim Verschwinden des Zuges ihre frühere Form und Lage rasch und vollständig wieder annahmen; auch anatomische Befunde scheinen ihm für die Annahme einer gesteigerten Elasticität vorhanden zu sein, so eine hohe Dehnbarkeit der ausgeschnittenen Theile; ferner ein bei der Härtung beobachtetes Runzeligwerden des Epithels, das aus dem Missverhältniss zwischen der Epidermis und der stark schrumpfenden Cutis resultire; ein anatomischer Befund, welcher die Dehnbarkeit der Haut beweise, sei in dem geschlängelten Verlaufe der Gefässe, Nerven- und übrigen Gewebselemente gegeben; hingegen werde es durch die in geringem Masse vorhandene Veränderung an dem elastischen Gewebe erklärlich, weshalb die ausgedehnte Haut, wie beschrieben, eventuell wieder ihre frühere Form und Lage anzunehmen vermag.

Es ist schwer zu entscheiden, ob es sich in diesem Falle um eine angeborene Anomalie im Bereiche der Haut handelt oder nicht. Du Mesnil neigt der ersteren Ansicht zu und sucht diese dadurch zu erhärten, dass die Cutis während ihrer Entwicklung, namentlich in ihren oberen Partien, lange Zeit keine Fasern enthalte. Bleibt nun die Cutis in diesem Entwicklungsstadium stehen, so komme es eben nicht zur Bildung fibrösen Bindegewebes in derselben, sondern sie bleibe dann fürs ganze Leben aus der anfänglichen homogenen Grundsubstanz bestehend; zum Gegensatze zu dieser Ansicht Du Mesnil's nimmt Williams diesbezüglich an, dass die Bindegewebsentwicklung völlig normal vor sich gehe, dass es sich also nicht um eine Behinderung in der Entwicklung der Bindegewebselemente handle, dass sich vielmehr erst später, also nach ungestörter Entwicklung derselben, eine myxomatöse Degeneration einstelle.

In dem beschriebenen Falle spricht auch der Umstand



gegen die Annahme des Vorliegens einer congenitalen Hautveränderung, dass sie Patient erst seit einigen Jahren an sich wahrnahm, wobei allerdings anzunehmen ist, dass er sich nicht sehr genau beobachtet haben dürfte; gegen die erwähnte Annahme spricht auch die Erscheinung des fortwährenden und raschen Fortschreitens des Processes von jener Zeit angefangen, da er zum ersten Male bemerkt wurde; endlich spricht auch die Thatsache, dass die Erscheinungen an gewissen Körperstellen z. B. der oberen Brustpartie, weit vorgeschrittener waren als an anderen, z. B. der Lumbalgegend, entschieden gegen die Annahme, als würde es sich um ein Bestehenbleiben myxomatösen Gewebes durch eine Behinderung in der Fortentwicklung desselben handeln, da doch nicht angenommen werden kann, dass die Weiterentwicklung des ursprünglichen myxomatösen Gewebes zu dem späteren fibrösen, nur an den oberen Körperpartien gestört worden sei, und nicht auch gleichzeitig an den unteren.

R. Franz (7) stellte in der Berliner Gesellschaft für Anthropologie einen 16jährigen Knaben vor, welcher seit seiner Jugend die Gewohnheit hatte, beim Fallen den Körper nicht mit den Handflächen, sondern mit den Ellbogen aufzufangen. Die Folge dessen waren häufig sich wiederholende Entzündungen im Bereiche der Ellbogengelenke und ferner eine bedeutende Zunahme der Dehnbarkeit der Haut an denselben. Virchow glaubt bezüglich dieses Falles einen Zusammenhang zwischen den Traumen und der durch sie bewirkten Dehnbarkeit der Haut annehmen zu müssen und ist der Ansicht, dass die atrophische Beschaffenheit der Haut nicht durch Atrophie der elastischen Fasern zu erklären sei.

Kopp (8) beobachtete die „Cutis laxa“ gleichzeitig an einem Vater und dessen Sohne; den ersteren stellte Rossbach schon im Jahre 1880 in Würzburg vor. Eine mikroskopische Untersuchung nahm er in diesen beiden Fällen nicht vor. Makroskopisch zeigten beide eine auffallende Runzelbildung und Dehnbarkeit der Haut, Verhältnisse, die wohl theilweise durch wiederholte diesbezügliche Uebungen erreichte, gesteigerte der Haut, grösstentheils aber durch einen congenitalen Defect bedingt gewesen sein dürften, der in der ungenügenden Fixation der Cutis an den unterliegenden Theilen, vermittels der hier in Betracht kommenden Bindegewebsstränge, bestanden haben wird. Bemerkenswerth ist, dass es sich bei der Anomalie im Bereiche der Haut des 8jährigen Sohnes um einen ererbten Zustand handelte. Beim Vater waren die Hautveränderungen in höherem Grade vorhanden, möglicherweise in Folge der von ihm schon seit langem geübten, arteficiellen Ausdehnung der Haut.

Lassen wir nunmehr die Eindrücke, welche wir von den im Vorausgehenden aus der Literatur mitgetheilten Fällen von Cutis laxa oder Cutis hyperelastica erhalten haben, so besteht die auffallendste Veränderung an der Haut bei derselben in einer pathologisch gesteigerten Dehnbarkeit und Elasticität; gleichzeitig bemerkten wir das Unterhautzellgewebe an Masse bedeutend verringert. Ueber die Ursache dieser seltenen und eigenthümlichen Hautveränderung können wir uns, wie aus dem Vorhergehenden ersichtlich ist, noch keineswegs bestimmt aussprechen, doch dürften wir es hier, was auch aus den beiden von Kopp mitgetheilten Fällen erhellt, höchstwahrscheinlich mit einem hereditären und in Folge dessen congenitalen Defect zu thun haben. Auch zeigen die oben bei den einzelnen Fällen mitgetheilten mikroskopischen Befunde durchaus kein einheitliches Bild, doch besteht die Wahrscheinlichkeit, dass die elastischen Fasern bei den erwähnten Krankheitsbildern kaum eine Rolle spielen.

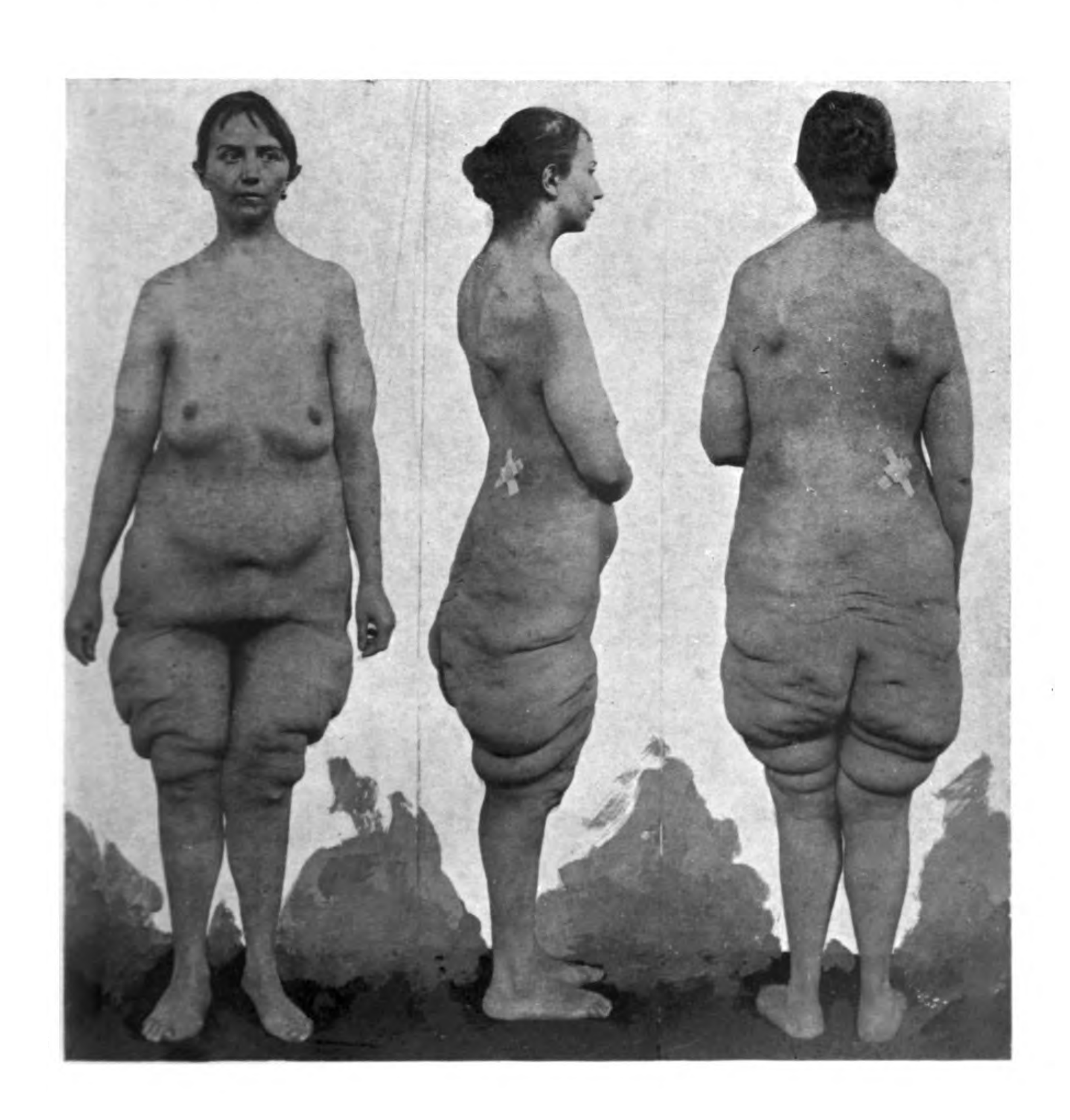
Stellen wir nun diesen hier in Betracht gezogenen Fällen von Cutis laxa oder hyperelastica den von mir beschriebenen, in der Einleitung zu dieser Arbeit mit voller Ausführlichkeit mitgetheilten Fall gegenüber, so fällt sofort ein bedeutender Unterschied zwischen diesen in die Augen, weil in dem letzteren Falle die pathologische Hautveränderung nicht auf einer abnorm erhöhten Dehnbarkeit und Elasticität beruht wie bei der Cutis laxa, sondern die Haut, deren Unterhautzellgewebe ebenfalls zum Unterschiede von der Cutis laxa — bedeutend vermehrt ist, hier deshalb in grossen Falten herabhängt, weil eben durch das vermehrte Unterhautzellgewebe ihr Gewicht bedeutend zugenommen hat. So sahen wir in meinem Falle die Haut in grossen Faltenmassen vom Bauche, der Glutealgegend, den Schenkeln herunterhängen, nachdem sie dem Zuge der tiefer liegenden Partien folgend von den höher gelegenen Körperstellen förmlich herabgerutscht war, welcher Vorgang leicht verständlich ist, wenn wir bedenken, dass die Haut — wie wir es gesehen haben — nirgends an ihre Unterlage fester fixirt erscheint. Auch der Umstand, dass in dem von mir beschriebenen Falle, im Gegensatze zu den Fällen von Cutis laxa, die Gesichtshaut völlig normal blieb und auch die Haut des Halses,

der oberen Brust- und Rückenpartien sehr dünn und gespannt erschien, spricht dafür, dass es sich in diesen Partien nur um eine durch das Gewicht der herabhängenden schweren Hautmassen hervorgerufene Dehnung handelt, während die Dehnbarkeit der Haut hier an und für sich keineswegs erhöht ist; es ist die Haut ferner auch im Bereiche der herabhängenden Falten nicht in höherem Grade dehnbar, als ihr dies normaler Weise zukommt.

Auch was das ätiologische Moment betrifft, lässt sich der von mir mitgetheilte Fall von den angeführten Fällen scharf absondern, weil bei den letzteren — wie wir sahen — diesbezüglich im Allgemeinen eine hereditäre Degeneration in Betracht kommt, während in dem ersteren eine ähnliche Erkrankung in der Familie der Patientin noch nicht vorgekommen war und anderseits dieselbe mit Bestimmtheit anzugeben vermochte, dass ihre Haut bis zum achtzehnten Lebensjahr völlig normale Verhältnisse aufgewiesen habe und erst dann der Sitz der in Betracht gezogenen Anomalie geworden sei. Worin das Wesen der letzteren beruhe, ist mit Bestimmtheit auszusprechen nicht möglich, doch macht es der mitgetheilte mikroskopische Befund wahrscheinlich, dass die auffallendsten Veränderungen sich in jenen tieferen Schichten der Haut, wo diese normaler Weise ihre Fixirungsapparate besitzt, befinden und in dem Verschwinden der starken Fasern und einer myxomatösen Veränderung des Gewebes daselbst bestehen. Als Ursache derselben sind wahrscheinlich die vorausgegangenen Entzündungsprocesse im Bereiche der Haut anzuschuldigen.

So spricht denn nebst allem anderen schliesslich auch der histologische Untersuchungsbefund für die Annahme, dass es sich in dem von mir mitgetheilten Falle um ein in der Literatur bisher unbekanntes Krankheitsbild handle; denn in den erwähnten, äusserlich allerdings sehr ähnliche Bilder liefernden Fällen von Cutis laxa oder Cutis hyperelastica beruht die Hauptveränderung im Bereiche der Haut auf einer Vermehrung der elastischen Fasern derselben; dagegen kommt in meinem Falle das Herabhängen der Haut in grossen Faltenmassen, in Folge einer Vermehrung des Unterhautzellgewebes zu Stande.





Kétly: Ein Fall von „Chalodermie" (Schlaffhaut).

Ich glaube daher mit vollem Recht darauf hinweisen zu dürfen, dass das von mir geschilderte Krankheitsbild als ein in sich abgeschlossenes, selbständiges imponire, daher als solches den ähnlichen Cutis laxa-Fällen gegenüber gestellt und von denselben durch eine eigene Bezeichnung abgetrennt zu werden verdient.

Als richtigste, weil das Wesen der Krankheit am zutreffendsten charakterisirende Bezeichnung, würde ich: „**Chalodermie**“ (*χάλαω* = ich erschlaffe; *δέρμα* = die Haut), zu deutsch: „Schlaffhaut“ vorschlagen.

Die Erklärung der Abbildung auf Taf. VIII ist dem Texte zu entnehmen.



Literatur.

1. Rossbach. D. Arch. f. klin. Med. Bd. LIII.

2. W. Dubreuilh. Annal. de dermat. et syphiligraphie XVIII. 1887, p. 529.

3. John Bell. Principles of surgery. II. Ausgabe. 1826. Bd. III.

4. W. Williams. Cutis laxa. Mon. f. prakt. Dermat. XIV, p. 490—501.

5. Du Mesnil. Beiträge zur Anat. u. Aetiol. einer Hautkrankheit. Würzburg 1890, 1.

6. O. Seiffert. Cbl. f. klin. Med. 1900. Jänner.

7. R. Franz. Verhdlgn. d. Berlin. Gesellsch. f. Anthropologie. 1892. pag. 454.

8. Kopp. Demonstr. zweier Fälle von Cutis laxa. Münchn. med. Wochenschr. 1888. Nr. 15.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 14. November 1900.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer: **Kreibich.**

Hochsinger demonstrirt zwei Fälle von **hereditärer Knochen- und Nasensyphilis bei Säuglingen** und im Anschlusse daran einen **Fall von angeborenem** Myxödem mit folgenden Worten:

M. H! Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit zunächst auf 2 Fälle von **diffuser hereditärer Muskel- und Knochensyphilis im frühesten Säuglingsalter** richten.

Der erste Fall betrifft ein Kind von 9 Wochen, dessen beide Eltern inficirt waren. Das Kind selbst ist gut genährt, wiewohl es künstlich aufgezogen wurde, zeigt keine Spur von Exanthem, es sei denn, dass eine leichte Steifigkeit der Fusssohlenhaut als Rest einer diffusen Erkrankung der Hautdecke dortselbst betrachtet werden mag. Auffallend ist die geringe Behaarung des Kopfes, der Ciliar- und Superciliargegend. Das Kind hat eine verstopfte Nase, Coryza sicca. Das auffallendste Symptom an diesem Kinde ist aber, dass beide obere Extremitäten schlaff, wie gelähmt auf der Unterlage aufliegen. Dass es sich aber nicht um eine wirkliche Lähmung handelt, geht daraus hervor, dass bei passiven Bewegungen der Oberextremitäten sofort Schmerzensäusserung seitens des Kindes erfolgt und dass ferner bei Nadelstichen, welche auf die Haut der oberen Extremitäten applicirt werden, die Finger sich reflectorisch bewegen. Sieht man genauer nach, dann findet man, dass beide Ellbogengelenke und zwar genau entsprechend den Epiphysen des Ober- und Vorderarmes, insbesondere aber das der rechten Seite stark aufgetrieben sind, dass die Auftreibung besonders die Gegend der Vorderarmepiphysen betrifft und dass alle Weichtheile, welche das Gelenk umgeben, mit Ausnahme der Haut einen deutlichen Schwellungszustand zeigen. Insbesonders findet man den Bauch des Extensor communis beiderseits, namentlich rechts, stark verdickt, bei Druck auf diese Muskelgruppe gibt das Kind Schmerzensäusserung von sich. Es handelt sich hier also um eine entzündliche

Erkrankung, welche in der Umgebung der Epiphysen beider Ellbogengelenke stattgefunden und Perichondrium sammt den sich dort inserirenden Sehnen und Muskeln in Mitleidenschaft gezogen hat. Höchst interessant ist an diesem Falle, dass die Erkrankung symmetrisch beide obere Extremitäten befallen hat.

Die Herren werden sich vielleicht noch erinnern, dass ich etwa vor einem Jahre einen Fall von Osteochondritis syphilitica des rechten Ellbogengelenkes bei einem Säugling vorgestellt habe. Dort war der Oberarm der Sitz der Erkrankung und wir fanden, dass eine deutliche Weichtheilschwellung am unteren Ende des Humerus vorlag, welche über das Gelenk nach dem Vorderarm zu übergegriffen hatte.

Hier können wir das Umgekehrte constatiren. Der Hauptsitz der Schwellung ist hier die obere Epiphyse des Vorderarms, doch erstreckt sie sich über das Gelenk hinüber nach dem Oberarm zu. Die Untersuchung mit Röntgenstrahlen zeigt, dass nur ein geringer Theil der Verdickung, welche hier wahrzunehmen ist, auf Kosten des Knochens zu setzen ist, daher keine andere Annahme möglich ist, als dass die Weichtheile in der Umgebung des entzündeten Periosts und Perichondriums an der syphilitischen Entzündung theilnehmen und die Intumescenz bewirken, wie ich dies auch schon gelegentlich der letzten diesbezüglichen Demonstration hervorgehoben habe. Wenn ich damals es für wahrscheinlich erklärt habe, dass das Lähmungsbild bei Osteochondritis syphilitica epiphysaria des Ellbogengelenkes auf Kosten der Musculatur zu setzen ist, indem nämlich eine grosse Gruppe von Muskeln in Folge der Erkrankung ihre Function eingestellt hat, so werde ich durch die Betrachtung dieses Falles in dieser meiner Anschauung noch bestärkt. Denn auch hier finden wir die Sehnenansätze, zum Theil auch die Muskelbäuche, welche an den Epiphysen sich inseriren, geschwellt und verdickt. Man muss sich nur vergegenwärtigen, dass die Musculatur des Säuglings oft schon auf geringe Traumen mit einer vollkommenen Einstellung der Extremitätenfunction reagirt; um wie viel leichter wird das geschehen, wenn eine grössere Gruppe von Muskeln, welche den ganzen Gelenksapparat der Oberextremität zu bewegen hat, von einer schweren entzündlichen Erkrankung ergriffen ist. Meine Ansicht ist daher die, dass die Pseudoparalyse hereditär-syphilitischer Kinder eine myopathische Lähmung ist, und ich könnte sie nur vergleichen etwa mit den Stimmbandlähmungen, welche wir bei entzündlichen Erkrankungen der Stimmbandmuskeln so häufig beobachten.

Der zweite Fall betrifft ein Kind im vierten Lebensmonate. Dasselbe hat in der ersten Lebenswoche bereits ein leichtes Fleckenexanthem durchgemacht, wurde nur unvollkommen behandelt und zeigt jetzt als Frührecidiv seiner hereditären Lues eine ganz interessante Erkrankung des Knochensystems, welche aber hier nicht epiphysär, sondern diaphysär localisirt ist und das ist das Seltene an dem Fall.

Wir finden hier die Diaphysen beider Tibien ziemlich stark aufgetrieben, die Epiphysengegend aber normal. Die an den Tibien sich



inserirende Musculatur, insbesondere den M. tibialis anticus und peroneus infiltrirt und druckempfindlich. Linkerseits hat die Erkrankung auch die Wadenmusculatur ergriffen. Rechts ist der Process etwas schwächer ausgeprägt als links, die Haut ist über der geschwollenen Partie verschiebbar und nicht entzündet. Im Gegensatz zu dem früher demonstrirten Fall zeigt aber dieses Kind keine paralytische Haltung der unteren Extremität, vielmehr ist die Haltung eine spastische: das Kniegelenk ist in Beugestellung flectirt und bei Versuchen dasselbe zu strecken, äussert das Kind Schmerzen. In dem vorliegenden Falle beschränkt sich die Erkrankung ausschliesslich auf die diaphysären Antheile der Tibia, das Gelenk und die Epiphysen haben an der Affection durchaus nicht theilgenommen, daher die normale Flexionsattitüde, welche kleinen Kindern zu eigen ist, nämlich die Beugung im Knie- und Hüftgelenk und keine paralytische Haltung vorliegt. Die paralytische Haltung finden wir nur bei jenen Entzündungsvorgängen, welche an den Epiphysen der grossen Extremitätengelenke der Säuglinge stattfinden, wo also durch das Uebergreifen der Entzündung auf die functionswichtigsten Muskelgruppen die Action derselben aufgehoben wird.

Ich habe hinzuzufügen, dass eine ausschliesslich diaphysäre Knochenerkrankung innerhalb der ersten Lebensmonate zu den grössten Seltenheiten gehört; in der Regel sind auch noch in den ersten extrauterinen Lebensmonaten die diffusen Erkrankungen des Knochensystems epiphysär und nicht diaphysär localisirt, soweit es sich nämlich um lange Röhrenknochen handelt. Freilich steht das Kind bereits im vierten Lebensmonate. Uebrigens lässt sich hier gar nicht genau feststellen, ob die Erkrankung vom Periost oder von der Musculatur ausgegangen ist; denn man darf nicht übersehen, dass in den ersten Lebensmonaten specifische diffuse Myositiden vorkommen und dass von der Muskelerkrankung ausgehend eine Mitbetheiligung des Periosts stattfinden kann.

Ich hätte noch einzuschalten, dass nebst dieser Erkrankung der Tibien auch die Metatarsi der ersten und fünften Zehe des rechten Fusses stark aufgetrieben sind und wir überdies eine ganz leichte Schwellung der Grundphalange des linken Zeigefingers zu constatiren haben.

Noch auf ein Symptom, welches an diesem Kinde vorliegt, muss ich aufmerksam machen; das Kind zeigt nämlich eine ganz auffallende Kleinnase mit sattelförmiger Einsenkung des Nasenrückens, überdies auch eine stark schnüffelnde Nasenathmung. Dabei besteht weder Perforation des Septums, noch eine narbige Verschrumpfung der äusseren Nase, sondern bloss ein eitrig-hyperplastischer Nasencatarrh. Es ist absolut ausgeschlossen, dass eine derartige Verbildung der Nase, wie wir sie bei diesem Kinde schon in der neunten Lebenswoche gefunden haben, erst im extrauterinen Leben entstanden sei, vielmehr handelt es sich hier um eine angeborene syphilitische Nasendeformität; ich nenne sie hereditär-syphilitische angeborene Mikro- und Hyperplatyrhinie.



Es ist über die angeborenen syphilitischen Difformitäten der Nase sehr wenig bekannt und es hat sich eigentlich noch Niemand mit dem Studium dieser Angelegenheit befasst. In einer Arbeit über die h.-s. Nasenaffectionen der Säuglinge, welche ich in der Festschrift für Hofrath Professor Neumann publicirt, habe ich die Thatsache zu erklären versucht, dass hereditär-syphilitische Kinder so häufig mit hyperplatyrhinen und abnorm kleinen Nasen zur Welt kommen. Es ähnelt in dieser Hinsicht die angeboren deforme Nase des hereditär-syphilitischen Neugeborenen sehr der angeborenen deformen Nase beim cretinistischen Myxödem. Um das zu demonstriren, habe ich mir erlaubt, gleichzeitig auch noch einen Fall von Myxödem, welcher schon länger als ein Jahr in unserer Behandlung steht, hier vorzuführen.

Von dermatologischer Seite interessirt uns an diesem Falle nur die Beschaffenheit der Haut und wegen der grossen Aehnlichkeit mit der hereditären Syphilis die Beschaffenheit der Nase.

Sie sehen bei dem hier demonstrirten Falle von Myxödem, ein 3jähriges Kind betreffend, die charakteristische Hautveränderung. Die Haut ist trocken, kühl, leicht bläulich schimmernd, von eigenthümlicher Schlaffheit und Flaumigkeit beim Anfühlen, man kann dieselbe in grossen Falten von der Unterlage abheben; besonders die Haut des Gesichtes, des Halses und der oberen Brustregion ist myxödematös verändert. Gleichzeitig finden Sie, dass das Kind, welches schon 3 Jahre alt ist, sowohl in der Intelligenz als im Wachsthum deutlich zurückgeblieben ist; es besteht nebst dem Myxödem gleichzeitig die charakteristische Idiotie und Wachsthumshemmung, letztere als Folge einer Chondrodystrophia (mangelhafte Verknöcherung der primordialen Knorpelanlage, Typus des Cretinismus).

Um nun wieder auf die Nase zurückzukommen, so sehen Sie auch hier bei dem Myxödemfalle den Nasenrücken tief zwischen die Orbitae versenkt, ziemlich platt, steil von der Stirne in einer Flucht abfallend; aber während bei der hereditär-luetischen Nase an den platten Nasenrücken ein kleines häutiges Näschen sich anschliesst, dessen Nasenlöcher nach oben zu schauen, ist bei Myxödem die häutige Nase relativ breit und hat auffallend grosse und weite, normal liegende Nasenlöcher.

Es kann nicht schwierig sein, für diese angeborene Formanomalien der Nase sowohl bei der hereditären Lues wie auch beim Myxödem eine plausible Erklärung abzugeben, wenn man sich die Entwicklungsgeschichte des Nasenskelettes, insbesondere der Nasenscheidewand vor Augen hält. Die ganze Nasenscheidewand ist ursprünglich knorpelig angelegt. Auch der späterhin knöcherne Theil und speciell die Lamina perpendicularis des Siebbeines ist primordialer Knochenknorpel, welcher erst spät im extrauterinen Leben zur vollkommenen Verknöcherung gelangt. Dem gegenüber ist das äussere Knochengerüste der Nase durchwegs sogenannter Deckknochen, welcher aus einer Ossification des Bindegewebes ohne intermediares Knorpelstadium hervorgeht. Die Entwicklung der Nasenschleimhaut und das besonders intensive Oberflächenwachsthum derselben, welches

mit eine Ursache der auffallenden Prädilection der congenitalen Syphilis für die Nasenschleimhaut abgibt, knüpft sich vorwiegend an die knorpelig angelegten Partien des Nasenskelettes. Es kann daher nicht Wunder nehmen, wenn durch eine frühzeitige intrauterine Erkrankung der Nasenschleimhaut, welch' letztere mit Perichondrium und Knorpel in innigster Verbindung steht, Wachsthumsstörungen der knorpeligen Theile des foetalen Nasengerüstes veranlasst werden, welche sich durch abnorm geringe Höhe der Nasenscheidewand nach aussen zu erkennen geben. Die Nasenscheidewand fällt in solchen Fällen zu kurz aus, weil ihre Ausbildung durch die syphilitische Entzündung gestört worden ist, daher wird auch der Deckknochen für ein solches Septum flach angelegt werden müssen, und der Nasenrücken wird flach, wie eingedrückt aussehen. Die häutige äussere Nase bleibt gleichfalls klein, weil ihr Wachsthum durch die syphilitische Entzündung der Mucosa gehemmt wird. Auf diese Weise erklärt sich die nicht selten zu beobachtende Hyperplatyrhinie und Mikrorhinie der mit Coryza syphilitica geborenen h.-s. Kinder in zwangloser Weise.

Beim Myxödem ist die Ursache dieses mangelhaften Hervortretens des Nasenrückens ebenso wie bei den congenital hyperplatyrhinen Nasen Syphilitischer in einer Wachsthumsstörung der knorpelig angelegten Skelettheile des Nasengerüstes gelegen. Zum Wesen des Cretinismis gehört nämlich eine Behinderung des Wachsthumes aller knorpelig angelegten Skeletpartien (Chondrodystrophia congenita), während diejenigen Skelettheile, welche aus bindegewebigen Anlagen hervorgehen, in ihrer Entwickelung nicht gestört sind. Da nun die Schädelbasis aus einer knorpeligen Anlage hervorgeht, so wird sie in ihrem Diameter anteroposterior eine Verkürzung erleiden müssen, so dass die ganze Nasenwurzel gegenüber der Stirne zurückgeschoben erscheint.

Wenn wir nun bei der angeborenen deformen Syphilisnase angenommen haben, dass dieselbe durch intrauterin entstandene syphilitische Mitaffection des Nasenscheidewandknorpels in toto kleiner blieb, so haben wir bezüglich der cretinistischen Nase zu sagen, dass deren knöchernes Gerüste in Folge rückständigen Gesammtwachsthums der Schädelbasis tief in das Gesicht zurückgeschoben erscheint, während die häutigen Theile intact, resp. in ihrem Wachsthum unbehindert geblieben sind. Da bei der cretinistischen Nase überdies niemals eine entzündliche Alteration der Mucosa vorliegt, so müssen selbstverständlich alle weiteren Folgezustände, welche auf Schrumpfung und Atrophie des Knorpels und der Weichtheile beruhen, vollständig fehlen. Die häutige Nase des cretinistischen Individuums bleibt daher immer relativ breit und hat auffallend grosse und weite Nasenlöcher, während bei der Syphilis die häutige Nase in der Regel klein, wie zusammengeschrumpft erscheint und mit engen Nasenlöchern ausgestattet ist. Es ist aber nicht zu leugnen, dass in Bezug auf das Eingesunkensein des Nasenrückens gewisse Aehnlichkeiten zwischen der angeborenen syphilitischen und cretinistischen Nasenform bestehen.



Aber noch in einem anderen Punkte erinnert die cretine Nase des Säuglings an die congenital-syphilitische.

Bei angeborenem Myxödem ist nämlich während der frühesten Lebensepochen nicht selten ein eigenthümliches, in die Nase zu localisirendes Geräusch zu beobachten, welches dem schnüffelnden Geräusche bei der Coryza syphilitica neonatorum nicht unähnlich ist. Das Nasengeräusch bei Myxödem beruht in erster Linie auf der durch die mangelhafte Entwickelung des Nasenskelettes bedingten abnormen Enge der Nasenhöhle, vielleicht aber auch auf einer der myxödematösen Makroglossie analogen Schwellung der Muskelschleimhaut. In acustischer Beziehung wäre noch zu erwähnen, dass das cretinistische Nasengeräusch der Säuglinge einen mehr schnarchenden, das Geräusch bei der congenitalen Luesnase einen mehr schnüffelnden Charakter besitzt.

Ich glaube, dass die Gegenüberstellung der myxödematösen und congenital-syphilitischen Formanomalie der Nase aus zweierlei Gründen nicht unwichtig ist: erstens weil, wie wir gerade erwähnt haben, auch myxödematöse Kinder eigenthümliche, auf behinderte Nasenathmung zurückzuführende Geräusche darbieten, welche wegen ihrer langdauernden Persistenz mit der bei syphilitischer Coryza vorkommenden schnüffelnden Respiration verwechselt werden können, und zweitens, weil es zu den Charakteren des Myxödems gehört, dass die Adnexe der Haut (Haare und Nägel) ähnliche atrophische Veränderungen zeigen, wie bei der hereditären Syphilis. Ich erinnere nur an die Kahlheit und au die eigenthümliche Brüchigkeit und Sprödigkeit der Nägel myxödematöser Säuglinge. Während aber die erwähnten Vorgänge bei der hereditären Syphilis zumeist auf entzündlichen Alterationen beruhen (diffuse Infiltration der Haut, Onychie, Paronychie), sind dieselben beim Myxödema congenitum in einer eigenartigen universellen Störung des Hautorganes begründet, auf welche hier nicht näher eingegangen werden kann.

Interessant bleibt es aber immer, dass zwei so grundverschiedene Processe, wie Hereditärsyphilis und Myxödem, in mehreren Punkten klinische und anatomische Analogien zeigen.

Kaposi richtet an den Vortragenden die zwei Fragen, ob die Pseudoparalyse bei dem 2. Kinde schon vor dem Exanthem bestand und auf welcher Grundlage der vorgestellte Fall als echtes Myxödem betrachtet werde.

Hochsinger theilt nun mit, dass die vorliegenden Erscheinungen bei dem ersteren Kinde Recidivsymptome seien. Die Diagnose Myxödem im zweiten Falle stütze sich einerseits auf die Veränderungen der Haut, deren Schlaffheit und grosse Dehnbarkeit, andrerseits auf die anderen Symptome des Cretinismus.

Kaposi glaubt, dass der vorgestellte im Gegensatze zu den bisher bekannten Fällen von Myxödem stehe, auch zu den sogenannten Fällen von falschem Myxödem, zu dessen bisher anerkannten Symptomen wohl der Cretinismus, das mangelhafte Wachsthum, das Facialisphänomen passe,



nicht aber die eigenthümliche Beschaffenheit der Haut, die bei Myxödem gerade derbödematös und alabasterweiss sei.

Hochsinger möchte feststellen, dass sich in den letzten Jahren durch eifriges Studium der Pädiater über Cretinismus ein Krankheitsbild entwickelt habe, zu dem die auch hier gekennzeichnete eigenthümliche Veränderung der Haut gehöre, die teigige Schwellung und Abziehbarkeit in weiten Falten, besonders an Hand- und Fussrücken polsterartig ausgebildet. In Verbindung mit den bereits hervorgehobenen, anderen Symptomen habe man es als Myxidiotia congenita bezeichnet.

Neumann: Auch der vom Vorredner genannte Begriff von Pseudoparalyse entspricht mehr einer Myositis specifica und mangelhafter Ossification und ist von den eigentlichen Fällen dieser Erkrankung verschieden. Vielleicht hätte Hochsinger einmal zufällig Gelegenheit, bei einer Obduction das anatomische Substrat der Erkrankung genauer zu untersuchen.

Spiegler stellt einen 48jährigen Mann vor, der seit 10 Monaten an einer schweren Sycosis gelitten und an verschiedenen Orten erfolglos behandelt wurde. Als er denselben am 20. October zum ersten Male sah, war das Gesicht, wie auch aus einer herumgereichten Photographie ersichtlich ist, ganz mit Pusteln, Abscessen und Krusten bedeckt. Er rieth dem Patienten, sich mit Röntgenstrahlen behandeln zu lassen. Nach drei Sitzungen von je 15 Min. trat eine leichte entzündliche Reaction ein, die auf Burow zurückging. Jetzt ist der Process vollständig geheilt.

Kienböck zeigt im Anschlusse daran weitere Erfolge der Radiotherapie bei zwei Kindern mit Favus und einem Fall von Herpes tonsurans capillitii, bei dem Pilze sicher nachgewiesen waren.

Dieser wurde in Anbetracht des Umstandes, dass Pilze oft an nicht ganz deutlichen, erst später befallenen Herden gefunden werden, am ganzen Kopfe beleuchtet und nach 5monatlicher Behandlung vollständig geheilt.

Der Verlauf der Favusfälle war folgender. Der eine bei einem 13jährigen Mädchen (von Doc. Spiegler überwiesen) seit einigen Jahren am Kopfe bestehend, wurde im April, Mai und Juni in Serien von 3 Sitzungen mit einer Bestrahlungsdauer von 15 Minuten behandelt u. zw. wurden die einzelnen Partien des Kopfes nacheinander epilirt, so dass derselbe Ende Juni fast kahl war. Anfangs Juli begannen die Haare an der zuerst behandelten Partie (Vorderkopf) wieder zu wachsen. Am 14. November war der Kopf schwarz behaart, der Favus geheilt.

Der 2. Favusfall, seit 7 Jahren bestehend, wurde vom 20.—25. Juni sechs Mal exponirt. Nach 9 Tagen beginnender Ausfall der Haare mit leichten Entzündungserscheinungen; Mitte Juli fast kahl. Anfangs September beginnender Nachwuchs; am 14. November nur schütter schwarze Haare, seichte Narben. Favus geheilt.

Es wurden also die verschiedenen Partien successive behandelt; die Haare fielen immer nach 14 Tagen aus, um in der bestimmten Reihen-



folge wieder nachzuwachsen. Mit dem Haarausfall hat sich der Kopf auch von Favus gereinigt.

Auch Freund hält es für nothwendig, in diesen Fällen bei der Röntgenbehandlung alle Partien zu beleuchten, was er auch in seinen und Schiff's ersten Publicationen über diesen Gegenstand bereits betont habe.

Spiegler weist diesbezüglich darauf hin, dass auch bei jeder anderen, z. B. der Salbenbehandlung eine allseitig ausgebreitete Anwendung des Mittels erforderlich ist.

Ehrmann berichtet über einen Fall, der sich an die vorgestellte Sycosis zum Theil anreiht. Er habe schon vor Jahren geäussert, dass man von der Sycosis im Allgemeinen eine Gruppe abtrennen müsse, die Dermatitis papillaris Kaposi, oder wie sie Hebra als Sycosis framboesiaformis, er selbst als Folliculitis sclerotisans nuchae bezeichnet habe, die er für eine coccogene Eiterung halte. Es ist nachgewiesen, dass es sich um eine eitrige Infection handelt; nur geht die Eiterung und zugleich eine stärkere Infiltration viel mehr in die Tiefe, weil die Haarbälge in diesen Fällen angeborene Abnormitäten, z. B. eine ungewöhnlich tiefe Lage und Haargruppenbildung zeigen. Letztere ist aber zum Theil durch den Krankheitsprocess selbst bedingt, indem durch die entzündliche Infiltration ähnliche Zustände erzeugt werden, wie sie der gemeinsame Mündungstrichter bei verschiedenen Pelzthieren aufweist.

Er habe auch in einem solchen Falle die Röntgenbehandlung eingeleitet. Es bestand im Nacken eine knotig-warzige, eitrige Pustelbildung auf gerötheter, infiltrirter Basis. Eine ähnliche Knötchenbildung mit Eiterung und Infiltration nahm auch das Kinn und die Oberlippe ein.

Der Patient wurde ursprünglich elektrolytisch epilirt und schien nach ca. $\frac{1}{2}$ Jahre geheilt; bald erfolgte Recidive. Bei der nunmehr eingeleiteten Röntgenbehandlung gingen die Knoten am Kinne nach dreimaliger Bestrahlung zurück; an der Oberlippe recidivirten die Herde neuerdings, was durch den chronischen Nasencatarrh mit eitriger Secretion bedingt ist. Am Nacken konnte die Behandlung in Folge der Weigerung des geistig nicht ganz normalen Menschen nicht vollständig durchgeführt werden.

Kreibich hebt hervor, dass bei der ätiologischen Beurtheilung aller pustulösen Processe, die mit Haaren in Verbindung stehen, besondere Vorsicht nöthig sei, z. B. an der Nase, wo in den Talgdrüsen und an den Haaren schon normaler Weise Bakterien und Coccen vorkommen. Um hier den Krankheitserreger sicher nachzuweisen, muss man kleinste, primäre Efflorescenzen untersuchen und auch dann nachweisen, dass es sich nicht um die secundäre Infection eines ursprünglich nicht coccogenen Processes handelt. Er hatte selbst einmal Gelegenheit, einen so günstigen Fall zu untersuchen, in welchem um ein chronisches, nässendes Genitaleczem eine frische Eruption zahlreicher kleinster Folliculitiden erfolgte, in denen er Staphylococcen nachwies.

Ehrmann betont, gleichfalls zur Untersuchung immer die kleinsten, primären Knötchen herangezogen zu haben. Auch bei den alten Ver-



suchen von Garré und Bookhart handelte es sich nicht um secundär erkrankte, alte Herde. Ja, wir wissen, dass Garré durch Einreiben einer Staphylococcencultur arteficiell eine Sycosis erzeugte.

Schiff begrüsst es anlässlich der Demonstration der vorgestellten, mit Röntgen behandelten Fälle freudig, dass die von ihm und Freund eingeführte Methode so fleissig geübt und auch von früheren Gegnern anerkannt und nachgemacht wird. Es übertrifft dies weitaus seine Erwartungen, da er vor einem Jahre mit seinen Beobachtungen und Mittheilungen über die mit seiner Methode erzielten günstigen Resultate noch ziemlich vereinzelt dastand. Er habe schon vor 2 Jahren eine Sycosis necrotisans 3 Wochen beleuchtet, die eclatante Besserung zeigte und jetzt noch keine Recidive aufweist. In der Folge wurden noch mehrere Fälle sowohl von echter Sycosis als auch der Nackenaffection auf diese Weise behandelt und die Resultate der radiotherapeutischen Methode von ihm und Freund in der Festschrift für Neumann besprochen. Umsomehr freue es ihn, dass auch Ehrmann diese Beobachtung bestätige.

Neumann führt ergänzend an, dass bei gewissen Menschenrassen, besonders bei den Negern, solche büschelförmige Haaraustritte vorkommen; doch ist die Sycosis bei Negern nicht häufiger. Diese papilläre Knötchenformen finden sich am Hinterhaupte, bloss durch Entzündung und darauf folgenden Vernarbungsprocess bedingt.

Was speciell die Sycosis an der Oberlippe betrifft, so ist es keineswegs selten, dass dieselbe an derselben geheilt sein kann, aber im Innern der Nase, besonders an der Nasenscheidewand fortdauert. Es handelt sich dann nicht um catarrhalischen Nasenschleim, sondern um ein Secret, das in der Nase leicht erstarrt oder aussickert und dann nicht an der Oberlippe selbst, sondern in der Furche zwischen dieser und dem Naseneingang solche Krusten bildet.

Nach Spiegler ist das Austreten mehrerer Haare aus einem Infundibulum mit gemeinsamer Wurzelscheide beim Menschen sehr selten. Ihm ist nur ein einziger Fall von Flemming bekannt, wo 3 Haare auf diese Weise gruppirt waren. Doch gibt es gewisse Rassen, die den Pelzthieren diesbezüglich nahe stehen, z. B. die Buschmänner.

Ehrmann macht aufmerksam, dass die Haare bei der Sycosis nuchae nur die Ausmündung, nicht aber die Wurzelscheiden gemeinsam haben; der von Spiegler erwähnte Fall beziehe sich nicht auf ein solches Haarbüschel, sondern auf die von Giovannini beschriebenen Geschwisterhaare.

Finger demonstrirt:

1. den in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von Folliculitis exulcerans nasi, der aber im Gegensatze zu den erwähnten Fällen Kaposi's keinen weiteren destructiven Zerfall, sondern Neigung zu spontaner Heilung zeigt. Die mikroskopische Untersuchung ergab den Befund einer einfachen Entzündung ohne höher organisirtes Gewebe. Die Heilung erfolgt bei indifferenter Behandlung mit Borsalbe.



2. einen Fall von Lues hereditaria, der deutlich die dystrophischen Erscheinungen derselben zeigt, wie sie in der letzten Zeit von den Franzosen besonders beschrieben werden. Es handelt sich um ein 16jähriges, körperlich und geistig in seiner Entwicklung zurückgebliebenes Mädchen. Die Stirnböcker sind vorgewölbt, die Nase ziemlich normal, am linken Auge im Centrum der Cornea eine Narbe nach einer Keratitis. An beiden Mundwinkeln ist eine Reihe von radiär gegen den Winkel zusammenlaufenden Narben zu sehen. Die Hände sind immer feucht, besonders im Winter cyanotisch, mit kleinen Narben nach exulcerirten Pernionen. Aehnliche Erscheinungen an den Füssen. Sie hat keine typischen Hutchinsonzähne; die Milchzähne sind rasch ausgefallen, die bleibenden erst im Alter von 8 Jahren gekommen; von ihnen waren einige klein und schlecht, die Schneidezähne vorspringend.

Die Anamnese ergab die Mutter gesund; der Vater ist unbekannt. Die Mutter hatte 5 Geburten, von denen die 1., 3. und 5. Abortus waren; Pat. ist die jüngere von den zwei lebenden Schwestern.

Andere als die angedeuteten Lueserscheinungen sind nicht vorhanden. In der letzten Zeit zeigte das Mädchen einen eigenthümlichen Husten, der Nachmittags zwischen 3 und 4 Uhr begann und spät Abends wie abgeschnitten nachliess; die Lunge dabei unverändert; auf Jodkali hörte der Husten auf.

Mracek möchte in der Frage dieser dystrophischen Zustände zur Vorsicht mahnen. Man habe sie schon früher gekannt, er selbst verfüge über anatomische Präparate solcher Veränderungen, ohne besondere luetische Erscheinungen dabei nachweisen zu können. Besonders entfernt liege eine solche Deutung bei den angioneurotischen Krankheitsprocessen.

Finger weist darauf hin, wie skeptisch er sich in seinem Referate am letzten Congresse über das Thema ausgesprochen. Entschieden kommen bei hereditär syphilitischen Kindern solche Dystrophien vor; dieselben finden sich aber auch bei Kindern, die keine Spur von Syphilis zeigen. In diesem Falle sind die rhagadenartigen Narben an den Mundwinkeln ein typisches Zeichen. Die Angioneurosen sind nur ein Beweis für die Anämie überhaupt und treten auch bei Luetischen auf, wenn dieselben anämisch sind. Dies ist ihr Zusammenhang mit hereditärer Lues, für die speciell sie nicht charakteristisch sind.

Hochsinger möchte die Diagnose hier aus der Lippenveränderung stellen, die als Residuum papulöser Rhagaden verbleibt, meist nicht so sehr aus grossen Narben, als aus kleinnarbigen Veränderungen des Lippensaumes besteht. Die erwähnten Dystrophien haften gewiss oft der Descendenz an, sie können aber nicht zur bestimmten Diagnose von Lues verwendet werden. Den Hutchinsonzähnen ähnliche Veränderungen sieht man auch bei Rhachitis. Was den Schädel des Kindes anlangt, handelt es sich hier um jene Form, bei der es durch frühzeitige Verwachsung zu Microcephalie kommt, während sonst viel häufiger Hydrocephalie beobachtet wird.



Neumann hebt hervor, dass man hier einer Frage gegenüberstehe, welche gewöhnlich weniger von Syphidologen als von anderen Specialisten beantwortet wird, von Oculisten bei Keratitiden, von Internisten bei Lähmungserscheinungen. Wenn er aus eigener Erfahrung urteilen soll, so könne er nur erklären, dass er auch nicht über einen einzigen sicheren Fall von Lues hereditaria tarda im Sinne Fournier's verfüge, wo das Kind luetischer Eltern bei der Geburt normal war und erst später Erscheinungen tertiärer Syphilis zeigte. Selbst in Ländern mit endemischer Syphilis komme bei genauer Beobachtung kein solcher Fall vor. Die meisten Fälle von Lues hereditaria tarda haben schon bei der Geburt Zeichen der Syphilis oder wurden überhaupt erst später inficirt.

Ullmann demonstrirt eine Patientin, die vor $1\frac{1}{2}$ Jahren inficirt wurde, vor 1 Jahre einen 7monatlichen Abortus mit macerirter Frucht überstand und seither an Angina specifica litt. Vor ca. 8 Tagen bemerkte Pat. an der Innenfläche des linken Oberschenkels eine Verhärtung, die sich bei der ersten Untersuchung vor 4 Tagen als deutlich strangförmige Verdickung entlang der Vena saphena tasten liess und darum gleich den Verdacht einer Periphlebitis erweckte. Pat. hielt die vorgeschriebene Ruhe nicht ein. Nunmehr ist zu der strangförmigen Infiltration eine handtellergrosse, diffus entzündliche Röthung und Schwellung hinzugekommen. An der symmetrischen Stelle rechterseits findet sich eine kleine, mehr knotige Infiltration der Haut. Nach dem Anfangsbefunde ist der Vortragende daher geneigt, eine Periphlebitis luetica anzunehmen u. zw. mit acutem Verlauf, wie sie in einigen Fällen in der Literatur, so in Proksch's Monographie der Venensyphilis beschrieben wurde.

Lang hält diesen im Centrum fluctuirenden Tumor für einen acuten, phlegmonösen, nicht luetischen Eiterungsherd.

Finger erinnert an den von ihm seinerzeit vorgestellten Fall von Phlebitis luetica, bei dem es sich um eine multiple Venenaffection mit chronischer, reizloser Verdickung der Gefässwand mit dem eigenthümlichen Befunde von knötchenartigen, den Venenklappen entsprechenden Auftreibungen handelte. Der acut entzündliche Verlauf und der Mangel circumscripter, chronischer Verdickungen passen nicht zum Bild der luetischen Erkrankung.

Ullmann bemerkt, dass die Annahme einer primär von der Haut erfolgten eitrigen Infection weder zu dem ursprünglich indolenten Infiltrationsstrange, noch zu dem weiteren Verlaufe stimme und man höchstens an einen Varixknoten denken könne, zu dem sich später eine Phlegmone gesellt hat u. zw. bei einem noch virulent syphilitischen Individuum. Dass acute, mit Röthung und Schwellung, aber ohne eigentlichen eitrigen Zerfall einhergehende Processe der Lymph- und Blutgefässe der Haut nicht so selten sind, und wenn auch vielleicht durch eine Mischinfection zu Stande kommend, doch mit der Lues in Zusammenhang stehen, ist wohl kaum zu bezweifeln.

Weidenfeld demonstrirt einen 78jährigen Mann mit Pemphigus pruriginosus. Derselbe wurde seit Beginn des Sommers von heftigem

Jucken gequält, besonders an den Armen. Vor 6—7 Wochen traten Beschwerden im Halse hinzu, erst seit 3 Wochen auch Blasen. Die im allgemeinen schlaffe, leicht runzelige Haut des alten Mannes ist namentlich an den oberen Extremitäten matt schmutziggelb pigmentirt. Von dieser Verfärbung heben sich neben einzelnen kleineren, kreisförmigen dünkleren Pigmentflecken zahlreiche punkt- und strichförmige Kratzeflecte ab. Daneben sind auch undeutliche Erythemflecke sichtbar. Am rechten Vorderarm waren beim Spitalseintritte drei klare, gelbe Blasen zu sehen, darunter eine kleinwallnussgrosse. Während seines fünftägigen Aufenthaltes an der Klinik traten an den Armen und auch am Stamme neue Blasen auf, fast durchwegs auf einer zum Theil als schmaler Umgrenzungssaum sichtbaren erythematösen Röthung.

Im Rachen bemerkt man auf der rechten hinteren Hälfte des harten und fast dem ganzen weichen Gaumen je einen scharf und rund begrenzten, rothen, leicht blutenden Epitheldefect.

Mracek sah denselben Mann vor ca. 18 Tagen mit reinem Erythem. Auch Neumann erwähnt eine 75jährige Frau, bei der am Anfange auch nur Erytheme vorhanden waren.

Neumann demonstrirt:

1. Eine 30jährige Frau mit Rupia syphilitica. An der Streckfläche des rechten Vorderarmes eine kindsflachhandgrosse, dunkelbräunliche austernschalenartige Krustenauflagerung, links von einem dunkelbraunrothen Infiltrat umgeben. Zerstreut am ganzen Körper, an Streck- und Beugeseite der Extremität knotig vorspringende, über haselnussgrosse hämorrhag. Infiltrate. Die Frau ist seit einem halben Jahr verheiratet, wurde im April d. J. inficirt.

An der Portio vaginalis besteht noch die nicht vollständig resorbirte Sclerose in Form eines an der rückwärtigen Cervicallippe scharf sichelförmig begrenzten düsterbraunrothen Substanzverlustes.

2. Eine 48jährige Frau mit Gumma der Nase. Die Nasenflügel aufgetrieben, verdickt, verbreitert. Links besteht ein über nussgrosser. mit blutig tingirten mächtigen Krusten versehener Knoten, der zum Theil auch auf das Septum und die Oberlippe mit einem serpiginösen und ulcerirten, gleichfalls zum Theil mit Krusten bedeckten Rand übergreift. Das knöcherne Septum grossentheils fehlend. Der weiche Gaumen vielfach narbig verändert. Uvula fehlt.

Bisher unbehandelte Syphilis. Die Frau hat 16 Kinder geboren, von denen 13 in frühester Kindheit gestorben sind.

3. Eine 25jährige Kranke mit einem ringförmigen Plantarsyphilid. An der linken Fusssohle gegen die Ferse zu sind 2 über thalergrosse peripher mit einem aufgeworfenen dunkelbraunrothen Rand begrenzte, mit einander confluirte ringförmige Efflorescenzengruppen. An der Palma ein kreuzergrosses, ringförmiges Infiltrat. Ueber dem linken Knie in einer flachhandgrossen Gruppe stehende Lenticularefflorescenzen.

Syphilis vor 5 Jahren. Damals Sclerose an der Portio. Seither wiederholt mit Einreibungen und Jodkali behandelt.



4. Eine 29jährige Kranke mit Psoriasis vulgaris, welche nunmehr seit 4 Monaten an der Klinik mit externen und internen Medicamenten in Behandlung steht; trotzdem hat die Psoriasis noch weitere Fortschritte gemacht. Während dieselbe bei ihrem Spitalseintritte hauptsächlich am Mons veneris, der inneren Schenkelfläche und am Genitale localisirt war und nur einzelne Efflorescenzengruppen an der Streckfläche der Extremitäten bestanden, ist sie derzeit fast universell ausgebreitet. Dabei kommt es nirgends zu regelrechten dicken silberweissen und schwieligen Epidermisauflagerungen über den Efflorescenzen, vielmehr besteht überall nur eine wenig abschilfernde, mehr diffuse Infiltration der Haut, die auf weite Strecken hin in gleichmässiger Weise geröthet und verdickt ist, so namentlich die ganze Bauch- und Rückengegend, sowie Vorderarme und Unterschenkel. An der Brust und dem Rücken, zerstreut an Oberarmen und Unterschenkeln bestehen zahlreiche einzelnstehende stecknadelkopf-, linsen- bis kreuzergrosse frisch aufgeschossene Psoriasisefflorescenzen, die nur mit dünnen schmutziggrauen Schuppenlamellen bedeckt sind. Besonders stark sind die Nägel sämmtlicher Finger und Zehen afficirt, die oft krallenartig verdickt, brüchig und rissig, von Furchen und punktförmigen Einsenkungen durchsetzt sind. Besonders sind der Nagelfalz und die Fingerkuppen verdickt, so dass die einzelnen Finger oft an Trommelschlägelform erinnern. Ganz auffallend sind auch Flachhände und Fusssohlen afficirt, an welchen dicke Schwielenbildungen auflagern, die sich gegen die angrenzende gesunde Haut mit einem scharfen serpiginösen Rand absetzen.

Die Kranke hat nunmehr ca. 900 asiatische Pillen eingenommen. Extern wurde sie theils mit Unguent. Wilkinson, theils mit reinem Ol. rusci, theils mit Schmierseifencyclen und Pyrogallus behandelt.

5. Einen 28jährigen Kellner mit einem ulcerös-tuberösen Syphilid. Primäraffect September 1899 an der Urethra, 3 Monate später bereits mit ulcerörem Syphilid an der Klinik behandelt und seither wiederholt wegen knotiger und gummös zerfallender Infiltrate mit Einreibungen, Succinimidinjectionen, Jodkali und Zittmanndecoct behandelt. Derzeit zeigt er am Stamm und den Extremitäten, besonders im Gesicht, an Stirne, Wange, Nase und am Nacken haselnussgrosse bis nussgrosse, in der Mitte meist zu einem kraterförmigen oder locheisenförmigen Geschwür zerfallene Infiltrate. Am häutigen Nasenseptum ein nach vorne sichelförmig begrenztes, mit dicken braunrothen Krusten bedecktes Geschwür. Das knöcherne Nasenseptum bereits perforirt.

6. Einen 25jährigen Hilfsarbeiter mit Lichen syphiliticus. Sclerose vor einem Jahre, ein halbes Jahr später ein kleinpapulöses Recidivexanthem, wurde bisher 3 Mal mit Einreibungen behandelt. Derzeit finden sich im Gesicht, besonders an der Stirne und an den Wangen über den Jochbeinen in Gruppen stehende, meist den Follikeln entsprechende schrotkorngrosse, derbe Knötchen, die an der Kuppe entweder ein kleines Epidermisstippchen oder eine kleine Pustel tragen. Aehnliche Eflores-



cenzen in meist flachhandgrossen Gruppen an Brust, Rücken und Oberschenkeln.

Der Patient hat habitus tbc. und scrophulöse Narben am Unterkieferwinkel, ausserdem das rechte Ellbogengelenk ankylotisch nach ausgeheiltem Fungus.

7. Einen 36jährigen Kranken mit Gummata cutanea. An beiden Oberschenkeln bestehen flachhandgrosse, düster livid braunrothe Infiltrate, die an einer Seite bereits narbig eingesunken sind, während sie auf der anderen Seite mit einem convexen sichelförmigen ulcerirten und steil abfallenden Rand weiterschreiten. Gleichzeitig an gegenüberliegenden Stellen ad nates fast nussgrosse, derbe, schmutziggrau verfärbte knotig vorspringende Geschwülste. Das knöcherne Nasenseptum grossentheils fehlend.

Bisher unbehandelte Syphilis.

8. Einen 22jährigen Schlosser mit Lupus erythematosus. An der Nase und beiden Wangen ist die Haut in Schmetterlingsform dunkel geröthet, in den mittleren Partien narbig eingesunken, und feinblättrig abschuppend. Vielfach treten hier auch die erweiterten Follikelmündungen deutlich vor. Der Rand der so afficirten Hautpartien zeigt einen etwa 1/2 Cm. breiten, lebhaft gerötheten Entzündungshof. Kleinere kreuzergrosse Herde finden sich zerstreut auch an der Stirne, den Ohren und den seitlichen Halspartien, namentlich auch über dem Sternum. Am behaarten Kopf mehrere doppeltthalergrosse scheibenförmige Bezirke, an welchen die Haare vollständig fehlen, während die Haut analog wie im Gesicht, in der Mitte eine lividrothe und lamellös abschilfernde Narbe zeigt, während am Rand ein progredienter lebhaft rother Entzündungshof sich findet.

Der Kranke wurde bisher einer Röntgenbehandlung unterzogen, doch scheint eher ein Fortschritt und eine Verschlimmerung der Affection eingetreten zu sein.

Professor **Lang** demonstrirt anschliessend an den in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von Syphilis, der von anderer Seite für „Lupus" gehalten und behandelt worden war.

1. Einen alten Mann aus der Abtheilung des Herrn Professor von Mosetig mit gummösen Geschwüren und Infiltraten der rechten Wange, welche leicht falsch gedeutet hätten werden können, die aber unter antiluetischer Behandlung auffallende Besserung aufweisen.

2. Eine 55 Jahre alte Frau mit einem ausgedehnten kleinknotigen und ulcerösen Herd an der rechten Fusssohle, welcher von anderer Seite gleichfalls für „Lupus" angesehen und mit Excochleation, Pyrogallol-Salbe etc. behandelt worden war. Auch hier hat die antiluetische Behandlung in promptester Weise zur Rückbildung geführt. Uebrigens weist eine pigmentirte Narbe über dem rechten Kniegelenke dieser Frau unzweideutig auf den luetischen Ursprung hin.

Bei dieser Gelegenheit erwähnt Professor Lang eines Falles, den er schon vor längerer Zeit auch in der dermatologischen Gesellschaft vorgestellt hatte, wo es sich um ein ausgedehntes, kleingummöses Syphilid mit Ulcerationen, über die ganze Nase und das Gesicht ausgebreitet,



handelte. Der betreffende Herr wurde seinerzeit aus Amerika mit der Diagnose „Lupus“ an Professor Lang geschickt behufs operativer Behandlung. Auch hier lag, wie erwähnt, Lues vor und eine antiluetische Behandlung hatte auch vollen Erfolg.

Es sind also Fälle, wo luetische Processe für „Lupus“ imponirten, nicht so selten, doch ist man immer, selbst wenn der scharfe Löffel oder Paquelin zur Anwendung gelangt waren, auch nachträglich noch im Stande, aus der Natur der Narbe den luetischen oder lupösen Charakter festzustellen.

Ullmann demonstrirt an der Hand von Photographien und an Patienten eine Reihe von Affectionen, die durch künstliche Hyperämisirung mit trockener Heissluft zur Ausheilung gebracht wurden. Mit Rücksicht auf die durch die Krankendemonstration vorgerückte Zeit verzichtet der Vortragende für heute auf seine in Aussicht genommenen, ausführlichen Mittheilungen über diese für die Therapie venerischer Erkrankungen bis nun neue Behandlungsmethode und begnügt sich mit der Demonstration der Fälle und einzelner seiner hiezu verwendeten Apparate.

Fall 1. Ulcera venerea in praeputio. Die bisherige Behandlung in der Dauer von 3 Wochen erzielte keine merkbare Besserung; es entstanden dabei auch einige Autoinoculationsgeschwüre. Nach 8tägiger Behandlung mit Heissluft (je einmal täglich ½ Stunde und nachfolgender Borsäureverband) trat gänzliche Abheilung der 3 kleineren, oberflächlichen und Umwandlung des tiefen Ulcus im Sulcus coronarius in eine reine Wunde ein.

Fall 2. Ulcus venereum in frenulo praeputii. Nach 4wöchentlicher vergeblicher Behandlung mit Streupulver, Kupferlösung, Heissluftbehandlung. Unter 14 halbstündigen Luftbädern, zwischen 90 und 125° C., innerhalb von 16 Tagen complete Abheilung des Ulcus mit einer zarten, weissen, soliden Narbe.

Fall 3. Ulcus phagedaenicum im Präputium und der Glans (gummös?). Es handelte sich um einen 14 Monate bestehenden Ulcerationsprocess, der bei dem 26jährigen, angeblich früher nie venerisch erkrankten Mann, vom Sulcus auf die Glans einerseits, auf das innere Präputialblatt andrerseits übergegriffen hatte, wobei der Patient durch Schmerzen und psychische Aufregung ganz herabgekommen war. Die hier nothwendige ablatio praeputii wurde anfangs nicht zugegeben; unter 18 Heissluftbädern wurde der Pat. im Verlaufe von 8 Wochen von seinem Ulcus befreit, das sich jeder anderen, auch antiluetischen Therapie bis dahin absolut refractär gezeigt hatte. Bloss der noch infiltrirte dorsale Lymphstrang exulcerirte neuerdings; doch wurde auch dieser Process nach ablatio praeputii zum Stillstande gebracht. Die Hyperämie hat hier jedenfalls weit besser gewirkt, als irgend eine andere Behandlungsmethode, die specifische eingeschlossen.

4., 5, 6. Fall. Ulcera cruris varicosa et gummosa, durchaus ältere, chronische Processe, zwei davon mit beträchtlicher Callusbildung einhergehend, bis jetzt allen Behandlungsmethoden trotzend, wurden unter Heissluft u. zw. das eine gänzlich, die zwei anderen fast ganz zur Ausheilung gebracht. Das Heissluftverfahren wurde nur in den ersten Stadien bis zur Reinigung der Ulcera und Kräftigung der Granu-



lationen allein, dann auch trockene Compressionsverbände, Sapolanzinkpaste, in dem einen Falle späterhin auch Jodkali angewendet, Heissluftbäder bisher 32, beziehungsweise 24 und 9. Der Erfolg der localen Hyperämisirung ist ein sichtlicher, wenn auch bei den gleichzeitig bestehenden Varicositäten kein so rasch wirkender.

Der Vortragende demonstrirt ferner eine grosse Zahl Photographien von grösseren venerischen Ulcerationen, exulcerirten Sclerosen sowie deren Mischformen am Penis, die sämmtlich innerhalb relativ kurzer (7—23 tägiger) Zeit zur vollständigen Ausheilung gebracht wurden, und einige der von ihm zur Heissluftbehandlung verwendeten Apparate mit ihren Heizvorrichtungen:

1. Einen Apparat für das Becken zur Behandlung männlicher und weiblicher Genitalien, Lymphadenitiden; bei der Anwendung liegen die Patienten im Bette.

2. Einen Apparat zur Behandlung männlicher Genitalien, bei dessen Benützung die Patienten sitzen.

3. Einen Apparat zur Behandlung von Fuss- und Armaffectionen (besonders Gelenksschwellungen).

Lang ist wohl überzeugt, dass jede Klinik neuen Methoden Interesse entgegenbringen muss, die oft sehr langwierige Heilungsprocesse beschleunigen. Er hat solche Erfolge auch in einzelnen Fällen beobachtet. Manche Patienten gaben auch ein plötzliches Nachlassen der Schmerzen, die bis dahin bestanden, nach Anwendung des Heissluftapparates an. Thatsache ist auch, dass zwei Fälle von Arthritis, von denen einer sicher gonorrhoischer Natur war, dadurch rasch zurückgingen.

Nobl richtet an den Vortragenden die Frage, welche Temperatur das der Heissluft ausgesetzte Gewebe selbst annehme und ob auch Blasenbildung beobachtet werde.

Ullmann weist auf die Versuche von Mendelsohn hin, die ergaben, dass das Gewebe in seiner Temperatur nicht mehr als um 1° zunehme, daher auch die baktericide Wirkung nicht durch die Erhöhung der Temperatur im Gewebe, sondern durch die Hyperämie zu erklären ist. Blasenbildung kommt nicht vor, während eine solche bei directer Wärmeapplication, z. B. dem Welander'schen Verfahren beobachtet wird.

Weidenfeld erklärt diese Erscheinung dadurch, dass die Haut gegen die local applicirte trockene Hitze durch Schweissbildung ebenso reagirt, wie bei Bädern des ganzen Körpers.

Schiff, der diese Heissluftbehandlung an verschiedenen Kliniken Deutschlands und Englands gesehen, machte von ihr Gebrauch zum Zwecke einer beschleunigten Schälcur bei Acne pustulosa im Gesichte. Schon nach 2—3 Sitzungen erfolgte Abschälung, während subjective Beschwerden selbst bei Temperaturen von 100—120°, wahrscheinlich durch die angeführte reactive Schweissbildung, nicht auftraten.

Mracek dagegen berichtet, dass er bei sich selbst nach localer Hitzeanwendung jedes Mal eine Acceleration des Pulses um 40—50 Schläge beobachtet habe.



Verhandlungen der Breslauer Dermatologischen Vereinigung.

V. Sitzung vom 23. November 1900.

Vorsitzender: Neisser. Schriftführer: Chotzen.

---

1. Geschäftliche Sitzung:

Auf Antrag von Herrn Alb. Neisser wird Herr Paul Neisser—Beuthen O.-S. als ordentliches, auf Antrag von Herrn Harttung die Herren Hoffmann und Alexander als ausserordentliche Mitglieder aufgenommen.

2. Wissenschaftliche Sitzung:

Als Gäste sind anwesend die Herren Günsburg, Oscar Riegner Wodarz—Breslau.

Es stellte vor:

1. Herr **Löwenheim** einen 47jährigen, kachektischen Patienten, auf dessen Wangenschleimhaut an der rechten Seite ein etwa 1 Pf.-Stück grosses Geschwür, mit buchtigen, knorpelharten und wallartig erhabenen Rändern zu sehen ist. Die Affection besteht seit zwei Jahren, zeitweilig war eine Fistel nach der Wange vorhanden, welche von dem früher behandelnden Arzt durch Aetzung mit starker Höllensteinlösung zugeheilt worden ist. In der Umgebung der Fistelnarbe findet sich ein zackig begrenzter rother Fleck und unter derselben ein nach unten ziehender, leicht palpabler harter Strang. Unter dem Mundboden endlich sind zwei taubeneigrosse harte Drüsen zu fühlen.

Da der Kranke lange Zeit Jodkali genommen hat, so ist, abgesehen davon, dass der Befund nicht für Lues spricht, ziemlich sicher ein tertiäres Syphilid auszuschliessen. Auch ist in der Anamnese nichts Verdächtiges zu ergründen.

Gegenüber Tuberculose ist vor allen Dingen der exquisit harte Wall differentialdiagnostisch anzuführen. Auch sind in dem rothen Fleck auf der Wange Tuberkelknötchen nicht zu sehen. Doch soll nicht verschwiegen werden, dass der Kranke an einem Lungenspitzenkatarrh sowie an einer Schwellung des Kniegelenkes leidet, welche sehr verdächtig ist.



Demnach bleibt wohl nicht anderes übrig, als das Bestehen eines **Cancroids mucosae oris** anzunehmen, was noch durch die mikroskopische Untersuchung vor der Operation gesichert werden soll, welche jedoch möglichst schnell ausgeführt werden muss. Besonders bemerkenswerth ist, dass auf der anderen Seite der Wangenschleimhaut sich eine leukoplakische Stelle findet (der Kranke war starker Cigarrenraucher) und dass die Fistel wieder verheilt ist, während sonst vielfach perforirende Mundschleimhautkrebse einen recht malignen Charakter zeigen.

Discussion. Herr A. Neisser macht darauf aufmerksam, dass objectiv auch die Frage, ob Aktinomykose vorliegen könne, erwogen werden müsse. Doch hält er den vorliegenden Process für ein Cancroid, um so mehr, als der Kranke längere Zeit Jodkali ohne jeden Erfolg genommen habe und letzteres nach den vorliegenden Erfahrungen auch für Actinomycosis eine fast specifische Wirkung zu haben scheine.

Herr Löwenheim: Bei Aktinomykose bilden sich auf dem Wege der Senkung Fisteln, welche doch einen andern Charakter als die hier vorliegende zeigen.

2. Herr **Harttung** demonstrirt einen Kranken, welcher schon einmal in dieser Gesellschaft vorgestellt ist. Damals war der Vortragende der Ansicht, dass es sich um ein malignes Endotheliom der Gefässe handle, heute, nachdem inzwischen das sehr geringe histologische Material etwas vermehrt werden konnte, ist es zweifellos, dass es sich um eine eigenartige Form von Tuberculose handelt, die dem **Erythème induré Bazin** entspricht. Zur Zeit ist die Entwicklung eines Erythemknotens an einem Unterschenkel deutlich zu beobachten. Der jetzt schon etwas elevirte und derbe Knoten entwickelte sich vor 14 Tagen als kleiner rother Fleck. Der Kranke beschreibt selbst die Entstehung der Knoten, die bis zu Hühnereigrösse und darüber sich ausgebildet haben, sehr genau in dieser Weise. Der Kranke ist sehr elend und trotz bester Ernährung und Pflege sehr heruntergekommen. Neben einer bacillären Phthise hat sich eine Compressionsmyelitis entwickelt, die die schwersten Störungen verursacht. Der Exitus ist in Kürze zu erwarten. (Der Fall wird später ausführlich publicirt.)

3. Herr **Alexander** demonstrirt die mikroskopischen Präparate des von Herrn Harttung vorgestellten Falles von Erythème induré Bazin und erwähnt zur Orientirung von deutscher Seite liegt bisher nur ein histologischer Befund von Jadassohn (klin. Aerztetag in Bern 1899) vor, welcher „zwar ein sehr eigenartiges Bild, jedoch keine typischen tuberculösen Veränderungen" fand. Die französischen Publicationen stammen aus den Jahren 1898 und 1899 und finden sich sämmtlich in den „Annales de Dermatologie". Audry (1898) fand hauptsächlich ein Oedem der oberen Cutisschichten mit mononucleären Leukocyten und im Unterhautzellgewebe grosse runde, mit einer öligen Flüssigkeit gefüllte Räume, keine tuberculösen Processe. Audry leugnet daher überhaupt jeden Zusammenhang mit Tuberculose und hält das Erythem induré Bazin für eine chronisch verlaufende Form des Erytheme nodosum.

Leredde (1898) sah bereits typische tuberculöse Veränderungen, die sich besonders im Unterhautfettgewebe in Vermehrung der fixen Bindegewebszellen, Riesenzellen und zahlreichen obliterirten Gefässen darstellen. Thibierge und Ravant (1899) gewannen bei der Ueberimpfung auf Kaninchen ein positives Resultat und fanden, dass das von ihnen in einem Falle von E. i. B excidirte Stück von sclerotischen Streifen durchzogen wurde, welche Inseln von Zellgewebe angaben. Erstere bestanden mikroskopisch aus zahlreichen Gefässen mit Endothel- und Perithelwucherungen, ausserdem sah man Riesenzellen und epitheloide Zellen; letztere enthalten z. T. normales, z. T. gewuchertes Fettgewebe und Hohlräume mit jungen und nekrotischen Zellen. Wenn wir nun die hier aufgestellten Präparate betrachten, so müssen wir zwei verschiedene Serien von Schnitten unterscheiden; die einen entstammen einem von der rechten Ellenbogengegend exidirten Tumor, die anderen dem aus dem tiefen von Herrn Harttung erwähnten sich wie ein harter Gefässstrang anfühlenden Stücke. Bei der zuerst genannten ist die Epidermis normal, die Cutis enthält ein diffuses Infiltrat, im Unterhautzellgewebe ein ähnliches Bild, welches jedoch durch die zahlreichen überall verstreuten grossen rundlichen Lücken, welche theils Fettzellen, theils erweiterten Lymphgefässen entsprechen, ein ganz charakteristisches Gepräge erhält. Wenn man viele Präparate aus dieser Fettgewebsserie durchmustert, sieht man wohl auch hin und wieder in den Infiltraten eine Riesenzelle — das Bild eines typischen tuberculösen Processes gewinnt man jedoch nicht. Ganz anders bei den dem Gefässstrang entsprechenden Schnitten, hier haben wir überall das klare Bild der Tuberculose, zahlreiche aus Rundepitheloiden und Riesenzellen bestehende Tuberkel erfüllen das Gesichtsfeld und man hat in vielen Stellen den Eindruck einer besonders hervorragenden Betheiligung der Gefässe. Sie sehen ein in grosser Ausdehnung längsgetroffenes tuberculös infiltrirtes Gefäss das Gesichtsfeld durchziehen, in einem anderen Präparat einen typischen Tuberkel. Wie sie sehen, entsprechen unsere Präparate im wesentlichen der Abbildung von Thibierge und Ravant, auch sie scheinen die von diesen Autoren ausgesprochene Vermuthung, dass es sich beim E. induré Bazin um eine Tuberculose der Haut mit vorwiegender Betheiligung der Gefässe handle, wenn auch nicht vollständig zu sichern, so doch in hohem Grade wahrscheinlich zu machen.

Discussion: Herr A. Neisser muss auch heute noch, wie früher, als der Fall vorgestellt wurde, erklären, dass er aus eigener Erfahrung zu einer Diagnose nicht kommen könne. Auch die heute demonstrirten mikroskopischen Präparate schienen ihm nicht absolut beweiskräftig für die tuberculöse Natur der Neubildung zu sein. Eine Entscheidung erwarte er wesentlich von reichlichen Uebertragungsversuchen auf Thiere, wozu ja bei dem traurigen Zustand des Patienten sich bald Gelegenheit finden würde.

Herr Harttung: In der französischen Literatur sind ähnliche, wenn auch nicht so ausgedehnte Fälle publicirt. Sicher seien viele Fälle



von Erythème Bazin in den Jahren vor 1897 und auch später beobachtet und auch in Gesellschaften gezeigt worden, ohne dass man eine Diagnose gestellt hätte. Das ergebe sich besonders aus der Durchsicht der englischen Literatur.

4. Herr **Scholtz** stellt einen Patienten aus der Breslauer dermat. Univ.-Klinik mit einem **eigenartigen knötchenförmigen Exanthem** vor, welches sich als eine an die Follikel gebundene papulöse Urticaria-Form präsentirt.

Der Patient weist am Rumpf besonders den Seitentheilen desselben ein aus etwa hirsekorngrossen, derben, gelbrothen Knötchen bestehendes Exanthem auf, welches in den letzten 14 Tagen allmälig entstanden sein soll. Die Knötchen entsprechen durchaus den Follikeln, sind im Centrum leicht gedellt und enthalten einen komodoartigen Inhalt. Z. T. scheint eine geringe Pustulation in der Mitte zu beginnen. Mikroskopisch bestand der — meist schwer exprimirbare — Inhalt der darauf untersuchten Knötchen aus Talg, Talgdrüsenzellen und Haarbalg. Daneben weist Patient am Rumpf reichlich erweiterte und verstopfte oder auch leicht entzündete Follikel auf und reibt man nun eine derartige Hautpartie, so treten auch diese Follikel nach kurzer Zeit als ganz ähnliche knötchenförmige Gebilde, wie die oben beschriebenen Efflorescenzen hervor. Letztere selbst werden noch prominenter und quaddelartig. Auch bei strichförmiger Reizung localisirt sich die entstehende Urticaria factitia vornehmlich an den Follikeln.

Da nun Patient an starkem Jucken leidet, welcher in letzter Zeit stärker geworden sein soll und in Folge dessen häufig durch Scheuern und Reiben die oben beschriebenen urticariellen Erscheinungen auslöst, so glaubt Scholtz annehmen zu dürfen, dass das jetzt bestehende Exanthem theils auf leichte Talgdrüsenerkrankungen (Verstopfung, leichte Entzündung), theils auf die wiederholt hinzutretende Transsudation in Folge der sich hier localisirenden Urticaria factitia zurückzuführen sei.

Discussion. Herr A. Neisser: Es ist in der That sehr schwer, für den vorliegenden Fall eine passende Bezeichnung zu finden, da wir über die eigentliche Krankheit, nämlich die Follikelaffection, noch ganz im Dunkeln tappen. Allerdings würde ich den Namen „Acne", der doch nur einmal die zur Vereiterung kommenden entzündlichen Knoten bei seborrhoischen Menschen bezeichnen soll, nicht wählen. Ich habe eigentlich den Eindruck, als wenn es sich um irgend eine Form von Retention von Talgdrüsen-Inhalt, vielleicht mit einer der xanthomatösen Alteration nahestehenden Umwandlung der Drüsen handelte. Die Urticaria factitia scheint mir nur eine nebensächliche, wenn auch interessante Complication dieses folliculären Processes zu sein.

Herr Harttung könne sich mit der Bezeichnung der vorgestellten Affection als Acne urticata nicht einverstanden erklären. Er ist auch nicht im Stande zu sagen, wie der in Frage kommende Fall zu erklären

ist, aber dem Kaposi'schen Bilde der Acne urticata entspricht er nicht, vor Allem fehlt der sehr charakteristische, intensive Juckreiz.

5. Herr **Guth** demonstrirt aus der Breslauer dermatolog. Univ.-Klinik ein 10jähriges Mädchen, bei dem vor zwei Jahren an **symmetrischen Stellen des Hinterhauptes zwei kahle Herde** bemerkt wurden. Der Haarausfall breitete sich allmälig über das ganze Hinterhaupt aus und schritt entlang der Grenze des Capillitiums bandartig gegen die Schläfen vor. Jetzt finden sich auch über der oberen Grenze des alten erkrankten Bezirkes an symmetrischen Stellen zwei neue thalergrosse Herde.

Die Kopfhaut der erkrankten Partien zeigt gegenüber der normalen keine merklichen Veränderungen. Die innerhalb des erkrankten Herdes stehen gebliebenen Haare sind sehr dünn, trocken und brüchig. Das Krankheitsbild scheint dem von Sabouraud als Ophiasis Celsi beschriebenen Fällen zu entsprechen. Für die Aetiologie der Erkrankung ergeben sich aus der Anamnese keine Anhaltspunkte.

Discussion. Herr A. Neisser: Dass der vorgestellte Fall und der in der Photographie wiedergegebene nicht zur typischen Alopecia areata gehören, scheint mir klar. Die ganz eigenartige Anordnung und Begrenzung des erkrankten Bezirkes, sowie die Thatsache, dass unregelmässig verstreut eine Menge einzelner Haare auf den kahl gewordenen Besirken übrig geblieben sind, spricht für eine Trennung dieser Alopecia von der typischen Alopecia areata. Auf dem Pariser Congress stellte uns Sabouraud eine grosse Anzahl von Kindern mit „Ophiasis" vor. Ich muss aber gestehen, dass ich durch seine Fälle von der Eigenartigkeit dieser „Ophiasis" viel weniger überzeugt worden bin, als durch unsere beiden Beobachtungen. Zwar fanden sich bei seinen Patienten auch überall am Hinterkopf vereinzelte kahle Herde, daneben aber auch am ganzen übrigen Kopfe verstreute kleine und grosse Plaques, so dass eigentlich nur etwas merkwürdiges übrig blieb, dass die meisten dieser Patienten eben am Hinterkopf Herde zeigten neben gewöhnlichen Alopeia areata-Herden am übrigen Schädel.

6. Herr **Guth** demonstrirt aus der Breslauer Klinik einen 29jährigen Friseurgehilfen, der seit Mai dieses Jahres ein **Ergrauen der Haare in Büscheln** auf der linken Kopfhälfte beobachtete. Es ergrauten zuerst eine Gruppe von Haaren in der Nähe des Wirbels und dann in rascher Folge weitere Gruppen, die alle in einer nach oben convexen, von vorn gegen das Hinterhaupt zugehende bogenförmige Linie liegen. An den so veränderten Herden begannen die graugewordenen Haare sehr schnell auszufallen. Seit einigen Wochen ist Stillstand in der Ausbreitung des Processes eingetreten. Die auf der linken Kopfhälfte localisirten Herde sind nicht scharf begrenzt. Die Haut derselben ist normal. Bis auf die Depigmentation zeigen auch die Haare keine Veränderungen. Bei der Untersuchung des Patienten fielen zwei depigmentirte Stellen auf der linken Wange auf. Patient hatte dieselben früher nicht bemerkt und es bleibt unaufgeklärt, ob diese Depigmentation schon früher bestanden hatte oder mit dem Processe auf dem Kopfe gleichzeitig auftrat.

Discussion. Herr Schäffer berichtet über einen dem zuletzt von Herrn Guth vorgestellten ähnlichen Fall, den er vor etwa 3 Jahren an der Klinik beobachtete. Bei einem jungen Menschen traten in ganz kurzer Zeit mehrere kahle Flecken am Kopfe und gleichzeitig fleckweises Ergrauen des Kopfhaares an etwa 3 Stellen in Gestalt kleiner Büschel auf. Die Angaben des intelligenten Patienten waren durchaus überzeugend und eine ungenaue Beobachtung schien schon deshalb unwahrscheinlich, weil der Kranke schwarzes Kopfhaar hatte und dieses kurz trug. Die Möglichkeit, dass etwa schon früher kahle Flecke aufgetreten waren, an denen dann weisse Haare nachwuchsen, war ausgeschlossen. Es handelte sich um eine typische Alopecia areata mit gleichzeitig entstandener Poliosis. Die Beobachtung erscheint von Bedeutung für die ätiologische Auffassung der kreisförmigen Alopecie. Mit der parasitären Theorie lässt sie sich kaum in Einklang bringen. Sie spricht vielmehr dafür, dass die Alopecia areata — wenigstens in manchen Fällen — auf eine nervöse Ursache zurückzuführen ist, von der man ja weiss, dass sie in einigen einwandsfrei beobachteten Fällen ein plötzliches Ergrauen des Kopfhaares veranlasste.

7. Herr **Löwenheim** zeigt eine Lehrerin, bei der vor einiger Zeit eine weit mehr als jetzt ausgebildete, **streng symmetrische Nagelerkrankung** besteht. Erkrankt sind beiderseits die Daumen sowie der dritte und vierte Finger. Die Endphalangen sind stark verdickt und livid. Sie erscheinen gegenüber den gesunden Fingern deutlich aufgetrieben. Das Nagelbett ist verdickt und war früher etwa 1½ Mm. stark, die Nägel sind noch nicht glatt und waren früher vollständig brüchig, so dass sie nicht über das Nagelbett herauswuchsen, zeigten auch einige Löcher, Gruben und viele weisse Flecke. Jetzt sind sie wesentlich gewachsen und heben sich nicht mehr von dem Nagelbett ab, was ehemals der Fall war.

Bezüglich der Diagnose der Affection neigt der Vortragende dazu, einen entzündlichen Process anzunehmen, wenigstens war von Lues, parasitären Krankheiten sowie Psoriasis sonst nichts nachzuweisen.

Was die Localisation anlangt, so ist dieselbe völlig ein Räthsel, wenn hier nicht individuelle anatomische Besonderheiten angenommen werden sollen.

Die Frage der Aetiologie wird einigermassen als Erfolg der eingeleiteten Therapie geklärt. Da eine Struma besteht, welche übrigens in ihrem Umfang bei einer Dosis von 1·2 bis 0·3 Gr. Thyrioden pro die um 2 Cm. abgenommen hat, lag es nicht fern, an einen toxischen Process zu denken, zumal die Asphyxie der Endphalangen auf eine ähnliche Affection wie die Morvan'sche Krankheit hinleitete. Und thatsächlich wurde die Affection und Beibehaltung derselben localen Therapie, welche vorher nichts bewirkt hatte (10% Salicylseifenpflaster und Salicylseifenbäder), sehr schnell gebessert, so dass die Dosis heruntergesetzt werden muss, damit die Erkrankung noch zu demonstriren war.

Also um zu resumiren, es handelt sich um eine eigenthümlich symmetrische Nagelerkrankung, vielleict Eczem, welches sich an



toxisch ungünstig beeinflussten Stellen ansiedeln konnte und durch Beseitigung des Giftes an seiner Ausgangsstelle ziemlich rapid abzuheilen scheint.

Discussion. Herr A. Neisser: Sie wissen, meine Herren, dass wir im Allgemeinen recht skeptisch gegenüber der Diagnose „Trophoneurose" uns verhalten. In einem solchen Falle aber wird man wohl doch durch die ganz merkwürdige Localisation dazu geführt, diese Hypothese zu acceptiren. Das an beiden Händen gleiche Befallensein des 1., 3. und 4. Fingers mit Freibleiben des 2. schliesst doch eigentlich die Einwirkung äusserer Momente aus der ätiologischen Betrachtung aus.

Herr Löwenheim: Durch das vergleichsweise Heranziehen der Morvan'schen Krankheit habe er bereits angedeutet, dass eine trophische Störung anzunehmen sei. Basedow'sche Symptome seien nicht zu bemerken gewesen.

8. Herr **Löwenheim** demonstrirt ein 6jähriges Mädchen, welches an **Ichthyosis und Hyperkeratosis palmaris et plantaris** leidet. Vor einem halben Jahr befand sich das Kind in etwa gleichem Zustande, welcher nach Max Joseph's Vorgang mit Thyoriodea (0·1—0·3) behandelt wurde und in etwa 2 Monaten fast völlig abgeheilt war. Nur war gerade die Hyperkeratosis im Gegensatz zu Joseph's Fällen am wenigsten beeinflusst.

Eigenthümlich sind die spitz zulaufenden Finger der kleinen Patientin, welche beinahe den Eindruck von Krallen machen. Die Thyriodea scheint vorhanden zu sein.

Discussion. Herr A. Neisser: Mir ist der vorgestellte Fall eine willkommene Stütze für meine Anschauung, dass es durchaus falsch ist, die diffuse Körper-Ichthyosis grundsätzlich von den Fällen von Keratoma palmare et plantare zu trennen. Es ist richtig, dass bei letzteren die eigenartige und bisweilen wirklich nur auf Handteller und Fusssohlen beschränkte Localisation, sowie das familiäre durch viele Generationen hindurch sich vererbende Vorkommen besonders auffällig sind. Ich habe mich aber überzeugt, dass auch bei sehr vielen Fällen von universeller Ichthyosis die Handteller und Fusssohlen mit befallen sind, wenn auch nicht in so hochgradiger Weise, wie beim typischen Keratom der Handteller und Fusssohlen. Was die Vererblichkeit der Ichthyosis betrifft, so glaube ich, muss man vielmehr alle Formen von Verhornungs-Anomalien dabei in Betracht ziehen, namentlich auch hochgradige Formen der folliculären Ichthyosis, des sogenannten Lichen pilaris. Letztere Form fällt natürlich den Patienten viel weniger auf und in der Anamnese hört man nichts von dem Vorkommen von Ichthyosis in der Familie.

9. Herr **Harttung: Ein Fall von Porokeratosis Mibelli.** Harttung stellt einen jungen Mann von 24 Jahren, Möbeltischler, erblich nicht belastet, nie krank gewesen, vor, welcher seit 2 Jahren an seiner jetzigen Hautaffection erkrankt ist. Es bildete sich zuerst eine kleine Erhabenheit an einem Oberschenkel, aus der sich etwas käseartige Masse ausdrücken liess, dann eine ähnliche in der Regio pubis. Dann folgten kleine höckrige Erhabenheiten auf der Brust und auf dem Rücken, die



ganz langsam wuchsen und sich zu kleinen Kreisen mit deprimirtem Centrum umbildeten. Jucken oder irgendwelche Beschwerden hat er nicht gehabt.

Alle Efflorescenzen bestehen noch, Arsenik und leichte Therapie (Patient ist seit einigen Monaten in Behandlung) war ganz ohne Eindruck auf dieselben. Die Efflorescenz am Bein und die über der Symphysie könnten wohl an Lichen verrucosus denken lassen, aber die Efflorescenzen an der Brust und am Rücken, besonders auch eine Kreisform am Scrotum, entsprechen ganz genau der mibellischen Schilderung des Krankheitsbildes.

Leider konnte Vortragender die Richtigkeit der Diagnose vorläufig noch nicht durch einen histologischen Befund erhärten, da der Kranke „erst nach Weihnachten“ eine Excision vornehmen lassen will. Das Fehlen jeder Arsenwirkung fasst Vortragender ebensowenig als einen Stützpunkt der Diagnose gegenüber der einer atypischen Lichenbildung auf, wie das Fehlen des Juckreizes. Die einzelnen Bildungen erscheinen ihm makroskopisch durchaus eindeutig charakteristisch. Sehr interessant ist im vorgestellten Fall das Freibleiben von Gesicht und Händen. Gleiche Erkrankungen in der engeren Familie des Kranken sind vorläufig nicht zu ermitteln gewesen. Vortragender bespricht kurz Klinik und Aetiologie der Porokeratose. (Der Fall wird im Archiv publicirt.)

Discussion. Herr Alb. Neisser. Da ich bisher nur einen einzigen typischen Fall von Porokeratosis auf dem Strassburger Congress gesehen habe, so bin ich natürlich nicht in der Lage, ein definitives Urtheil über den vorgestellten Fall abzugeben; aber ich will ehrlich gestehen, dass, wenn ich den Fall ohne Vorbereitung hätte diagnostiziren sollen, ich ihn für Lichen ruber gehalten hätte. Und auch heute noch bin ich bei der ungemeinen Aehnlichkeit der Efflorescenzen mit Lich. ruber-Knötchen nicht ganz sicher, welche Diagnose die richtige ist. Etwas atypisch wäre ja dieses Lichen ruber, aber nicht mehr wie unzählige Psoriasisformen, die wir als solche trotz Irregularitäten in der Farbe, in der Form, in der Localisation als solche anerkennen. Auffälig ist auch das Freibleiben der Hände, welche, so viel ich weiss, in allen typischen Fällen erkrankt waren.

Herr Chotzen: Beim Anblick des Porokeratosisfalles auf dem Strassburger Congresse, erinnerte ich mich an einen früher von mir beobachteten Fall, den ich damals für Lichen ruber hielt, nunmehr aber als Porokeratosis ansehe. Der heut demonstrirte Fall bestärkt mich in dieser Auffassung.

Es waren zuerst auf den Fussrücken, später auf dem Oberschenkel — die Hände waren auch in meinem Falle freigeblieben — linsen- bis bohnengrosse, blassgelbe, 3—5 Mm. hohe, entzündungsfreie Knötchen zu beobachten, welche allmälig sich ausdehnten und central einsanken.

Arsen innerlich und in Pflasterform angewendet blieb erfolglos, erst unter Carbol-Hg-Pflaster trat ganz allmälig eine schwache Maceration und Zusammensinken der Horngebilde ein.



10. Herr **Callomon** demonstrirt einen Fall von **Lichen ruber verrucosus** bei einem 78jährigen Manne mit hochgradiger Arteriosklerose und stenocardischen Beschwerden. Ausgedehnte verrucöse Herde von Linsen- bis Thalergrösse, zum Theile flächenhaft confluirt, namentlich an den Unterschenkeln; zahlreiche Efflorescenzen in der Claviculargegend und oberen Brusthälfte. Besteht etwa 2 Jahre. Arsen innerlich nur in geringen Dosen vertragen. Gegenwärtig heftige Juckbeschwerden.

11. Herr **Plato** demonstrirt aus der Breslauer dermatologischen Universitäts-Klinik: 1. einen 28jährigen Patienten, welcher sich im Februar 1900 syphilitisch inficirt haben will. Ein Primäraffect wurde nicht beobachtet. Ende April soll dann ein papulöses Exanthem aufgetreten sein, weshalb Pat. sich in ärztliche Behandlung gab. Nach 8wöchiger spec. Cur wurde Pat. angebl. geheilt entlassen. Am 28. November 1900 fand seine Aufnahme in die kgl. Hautklinik statt. Es bestand zu der Zeit neben intensiven und ausgedehnten, von dem ersten Exanthem herrührenden Pigmentationen ein disseminirtes grosspapulöses zweites Exanthem, ausserdem aber ein fast flachhandgrosses Ulcus am rechten Unterschenkel mit allen Charakteren eines Gumma. Pat. wurde zunächst bis zum 30.|X. d. J. ausschliesslich und intensiv (auch Calomelinjectionen wurde gegeben) mit Hg behandelt, ohne dass das Ulcus am Unterschenkel irgend welche Heilungstendenz zeigte. Im Gegentheil trat während der Hg-Behandlung ein neues Gumma an der l. Schulter auf. Am 30./X. wurde zum ersten Male Jod intern gegeben, am 3./XI. hatte sich der Charakter der beiden Ulcera bereits gänzlich geändert, die Granulationen hatten sich gereinigt und gehoben, der wallartige Rand war abgeflacht und die Ueberhäutung bereits im Gange.

2. einen 28jährigen Pat. mit einem **Tuberculosis cutis verrucosa-ähnlichen Syphilid**. Tuberculin-Reaction (5 Mgr. Alt. Tuberculin) negativ. Abheilung unter Hg und Jodipin (subcutan).

3. einen 49 Jahre alten Landwirth, der seit 6 Jahren an einer stark juckenden, wenig Neigung zum Nässen zeigenden, **aus lichenoiden Efflorescenzen bestehenden Hautaffection** leidet. Am stärksten befallen ist der Hals. Die Haut daselbst infiltrirt, sehr stark lichenificirt. Brust und Rücken und an den Extremitäten, namentlich die Gelenkbeugen leicht geröthet und mit Lichenknötchen ähnlichen Efflorescenzen besäet. Auf der Brust schneidet die Affection mit der Lin. axill. ant. ziemlich scharf ab. Hände und Füsse sind nicht befallen. Die Affection gehört in die Gruppe der von den Franzosen so genannten Neurodermitiden, jedoch lässt sich in dem vorliegenden Falle der Nachweis, dass das Jucken, das Primäre und die klinisch nachweisbare Hautveränderung das Secundäre sei, nicht erbringen.

Discussion: Herr Harttung hat einen Fall in Beobachtung, bei welchem bei exquisit maligner Lues neben zerfallenen Papeln echte Gummen auftreten. Ein so eindeutiger Beweis der gummösen Natur der auftretenden Krankheitsproducte wie im vorgestellten Fall durch die Therapie konnte allerdings nicht erbracht werden.

12. Herr **Tempel** stellt einen Fall von **tubero-serpiginösen Syphilid** vor: Aus der Anamnese ergibt sich an luetischen Momenten nur, dass die 61jährige Patientin unter 18 Partus 3 Abortus, die unter die übrigen Geburten verstreut waren, durchzumachen hatte. Gegenwärtige Erkrankung seit 3 Jahren. Am rechten Bein ein 2—3 handtellergrosses tuberoserpiginöses Syphilid. Die Abheilung der centralen Partie erfolgt unter Zurücklassung sehr zarter Narben mit schwacher Pigmentation. Der serpiginöse Wall besteht aus zahlreichen leicht schuppenden, derben, rothbraunen Papelchen. Nirgends ulceröser Zerfall.

Der Fall präsentirt jene Form circinärer Spätsyphilide, wie sie besonders von Fournier beschrieben wurden und die durch ihr spätes Auftreten (Fournier beschreibt Auftreten noch nach 40 Jahren post infectionem) und ihren langen gleichmässigen Bestand ohne die geringste Neigung zu Zerfallserscheinungen ein besonderes Interesse erwecken.

Während gewöhnlich diese Spätform nicht nur der Allgemeintherapie, sondern auch der localen hartnäckigen Widerstand leistet, begann im vorliegenden Falle die Rückbildung schon nach wenigen Tagen einer milden Hydrargyrum-Jodtherapie.

13. Herr **Juliusberg** stellt aus der Breslauer dermatologischen Universitätsklinik: 1. Eine Patientin mit **Lupus erythematosus** der Nase, der angrenzenden Wangenpartien und der Finger vor. Die Patientin, seit längerer Zeit in Beobachtung der königl. Universitätshautklinik, jetzt 31 Jahre alt, leidet seit dem 18. Lebensjahr an der Affection. Behandelt wurde sie bei ihrem Eintritt in die Klinik, der etwa ein Jahr zurückliegt, mit Thiosinaminpflaster, worauf ein gutes Abheilen des Lupus erythematosus erfolgte. Während der Therapie erhielt Pat. zweimal Alttuberkulin, zuerst 2 Mgr., dann 4 Mgr.; nie trat eine allgemeine Reaction ein. Bei der zweiten Injection röthete sich der befallene Bezirk im Gesicht in toto, eine braunrothe Stelle von Linsengrösse neben dem l. Nasenflügel trat stärker hervor. Diese Stelle excidirt ergab keinen für Tuberculose sprechenden histologischen Befund. Jetzt sind an der linken Wange im Bereich der alten Narbe zwei erbsengrosse hellbraune Stellen aufgetreten, die makroskopisch sehr Lupus vulg. verdächtig aussehen. Auf 4 Mgr. Alttuberkulin hat Pat. weder allgemein noch local reagirt. Die Stellen werden excidirt werden. Ueber den histologischen Befund wird der Vortragende Mittheilung machen.

2. Ein 8jähriges Kind, bei dem sich an den Ausmündungsstellen von ausgranulirten Fistelgängen, die in ein tuberculöses Hüftgelenk geführt haben, typische Lupusknötchen entwickelt haben.

14. Herr **Harttung** demonstrirt einen Fall von **operativ behandeltem Lupus.** Die Kranke ist schon im Jahre 1892 einmal operativ mit Excision behandelt worden, dann 1895 mit Thermokaustik. 1900 im Frühjahr wurde sie wieder aufgenommen mit einer lupösen Erkrankung der rechten Wange, welche in disseminirten Herden eine Fläche von ungefähr 5 : 6 Cm. einnahm und sich vom rechten Mundwinkel zum rechten Ohr erstreckte. In Narkose wurde die ganze Mitte weit im Gesunden

exstirpirt und die Wundränder soweit möglich durch die Naht vereinigt unter Zuhilfenahme grosser tiefer Entspannungsnähte. Trotz möglichst hoher Verzerrung des Mundwinkels blieb ein centraler Defect von über Markstückgrösse, der durch 2 Thier'sche Lappen gedeckt wurde; die Lappen wurden von der ganz gesunden Haut des einen Oberschenkels der Patientin genommen. Alles heilte primär, die Verzerrung des Mundwinkels ging sehr bald zurück, die Kranke war und ist noch jetzt mit dem Erfolg sehr zufrieden. Aber leider hat sich jetzt, 5 Monate post operativum, ein centrales Recidiv eingestellt: auf der Mitte des einen Lappens erkennt man besonders auf Glasdruck ein deutliches Lupusknötchen. Auch in der Narbe, welche dem entnommenen Lappen entspricht, sitzt central ein dunkles Knötchen, welches als Lupusknötchen imponirt. Vortragender ist der Ansicht, dass er s. Z. wohl makroskopisch gesundes, mikroskopisch aber krankes Gewebe überpflanzt hat und entnimmt daraus die Lehre, für die Zukunft bei Lupusexcisionen zur Transplantation wenn irgend möglich Hautstücke von anderen gesunden Personen zu verwenden, oder aber vor den Operationen möglichst ausgiebig eine Differenzirung von gesunden und erkrankten Stellen durch Tuberculin auch im Transplantationsgebiete zu vermischen.

Der Fall gleicht genau dem Buschke's (Fall IX) aus seiner Arbeit über Radicalexstirpation des Lupus. Dieses Archiv, Band XLVII.

Discussion. Herr Alb. Neisser: Ich kann mir nicht recht vorstellen, dass das Lupus-Recidiv in der mit Transplantation behandelten Wunde durch mit dem Lappen übertragenen Lupus zu Stande gekommen ist. Ich halte es für wahrscheinlicher und naheliegender, dass eben doch, in der Tiefe des ursprünglichen Lupusheerdes versteckt, Reste von Lupus übrig geblieben sind, die den aufgepflanzten Lappen nachträglich inficirten. Nun scheint allerdings in der Narbe des Unterschenkels, von welcher der Hautlappen entnommen worden ist, eine verdächtige Stelle, die man für Lupus halten kann, vorhanden zu sein. Wir haben aber früher bei einer ganz ähnlichen Situation derartige Stellen mikroskopisch untersucht und es stellte sich heraus, dass diese durch Gefäss-Dilatation und Pigment zu Stande kommenden, durchaus wie Lupusknötchen aussehenden Fleckchen nicht tuberculöser Natur waren. Auch hier glaube ich, müsste man das Resultat der mikroskopischen Untersuchung abwarten. Was die Ausnützung der Tuberculin-Reaction zur Feststellung des zu excidirenden Bezirkes betrifft, so sind wir damit beschäftigt, durch mikroskopische Untersuchung der reagirenden Umgebungsstreifen festzustellen, ob da wirklich immer tuberculöse Herde vorhanden sind und ob etwa auch über die Grenze des Reactionshofes hinaus noch lupöse Infiltrate sich auffinden lassen.

15. Herr **Loewenhardt** demonstrirt **Präparate von intensiver Desquamation der Urethra**, welche augenscheinlich auf bakterieller Ursache beruhte. Mit dem Urin wurden dünne helle Membranen reichlich entleert, nur aus Epithelien bestehend, mit enormen Mengen aufgelagerter Bakterien, besonders Ketten eines grosses Coccus, dem von Lustgarten



beschriebenen Streptococcus giganteus ähnlich. Präparate von Cystitis membranacea mit demselben Befunde konnte L. vor einigen Jahren zeigen. In diesem Falle ist nur die Urethra befallen. Der endoskopische Befund ergab bisher nichts besonderes. Die Cultur dieses Streptococcus gelang seiner Zeit auch auf urinhaltigen Nährböden nicht.

16. Herr **Callomon**: Das anatomische **Gehirnpräparat** eines an Bronchopneumonie gestorbenen 40jähr. Mannes mit **Lues maligna** und schwerer Cerebralerkrankung (motorischer Aphasie, Symptomen seitens der Hirnnerven, spastischen Erscheinungen, bei fehlenden Hirndruck-Symptomen). Wandverdickungen einiger Gefässe an der Basis, sowie zwei ischaemische Erweichungsherde weisen auf eine syphilitische Gefässerkrankung hin, die sich an mikroskopischen Schnitten — durch die art. carot. int. dextr. und art. foss. Sylvii sin. — als lebhafte Periarteriitis und Intima-Wucherung kundgibt (Demonstration zweier Präparate). Patient war vor 1½ Jahren mit einer Sclerose zur Aufnahme gekommen; hartnäckige, zur Pustelbildung und Ulceration neigende Exantheme von secundärem Charakter kennzeichneten die Syphilis als „maligna". Patient hatte stets Hydrargyr. und Jodkali (auch in grösseren Mengen) ohne üble Nebenwirkungen vertragen und während der Behandlung sogar erheblich an Körpergewicht zugenommen.

17. Herr **Neisser**: Meine Herren, Sie erinnern sich, dass wir vor acht Tagen in unserer medicinischen Section eine Debatte **über bei Scrophulose auftretende Hautkrankheiten** hatten. Herr College Czerny war es, welcher nach Ausschluss aller tuberculösen Krankheiten der Haut und der übrigen Organe unter anderen Symptomen eine gewisse Form des Gesichtseczems, die „Prurigo" und die „Landkartenzunge" als pathognostische Zeichen der Scrophulose hinstellte. Unter „Prurigo" verstand er wesentlich diejenigen Formen, die wir als Strophulus von chronischer Urticaria einerseits, von der Hebra'schen Prurigo andererseits abtrennen. Ich selbst habe nun nach meinen Erinnerungen und Erfahrungen nicht den Eindruck, als wenn diese von Czerny aufgestellte Behauptung richtig wäre. Um aber möglichst schnell ein grosses Material zur Entscheidung dieser Frage zusammen zu bekommen, richte ich an Sie die Bitte, alle Fälle von Strophulus und auch von echter Hebra'scher Prurigo daraufhin genau zu prüfen, ob Zeichen des sogenannten „scrophulösen Habitus" oder auch schon von echter Tuberculose vorliegen. Da wir unsere Pruriginösen gewöhnlich viele Jahre hindurch wiedersehen, so glaube ich, werden wir Dermatologen leichter in der Lage sein, die von Czerny aufgeworfene Frage zu beantworten, als die Kinderärzte, denen die kleinen Patienten doch meist im Laufe der späteren Jahre aus der Beobachtung entschwinden.

Zu einer weiteren **Sammelforschung** erbitte ich Ihre Mitwirkung, um den **Einfluss der Frühbehandlung der Syphilis auf die Entstehung tertiärer Erscheinungen** zu klären. Die ideale Statistik wäre, wie ich in diesem Kreise nicht auseinander zu setzen brauche, dass wir von sämmtlichen Syphilitikern, die wir sehen, ihr späteres Schicksal feststellen könnten. Dann

würde sich eclatant zeigen, ob wirklich die in unserem Sinne gut Behandelten sich anders verhalten, wie die gar nicht oder schlecht Behandelten. Eine solche Statistik ist aber gar nicht auszuführen, und so schlage ich Ihnen folgenden Weg vor: Bei allen Menschen, von denen wir erfahren — oft geschieht es zufällig, weil Patienten irgend welche Erscheinungen für Residuen einer früheren Syphilis halten — dass sie früher Syphilis gehabt haben, wollen wir dieser anamnestischen Angabe nachgehen, also erstens nach Möglichkeit feststellen, ob die frühere Krankheit wirklich Syphilis war, vielleicht auch durch Feststellung des Arztes, der den Patienten vor Jahren behandelt hat, und dann genau die durchgemachte Behandlung und alle weiteren Schicksale feststellen, z. B. auch Verheiratung, Kinder etc. Auf diese Weise werden wir leicht eine genügend grosse Anzahl von Fällen, die nicht tertiär geworden sind, zusammenbringen können und werden diese nicht-tertiären Fälle ebenso mit Bezug auf ihre vorausgegangene Behandlung ordnen können, wie wir dies für die tertiären Fälle schon so häufig gethan haben. Aus der Vergleichung dieser neuen „nicht-tertiären“ Statistik mit den alten „tertiären“ wird sich ergeben, ob die Schlüsse, die wir früher aus den Statistiken über die tertiären Fälle gezogen haben, berechtigt sind oder nicht.

Buchanzeigen und Besprechungen.

Chrobak und **von Rosthorn.** Die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. I. Theil. (XX. Band, I. Theil aus: Specielle Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. H. Nothnagel.) Wien, A. Hölder 1900.

Das Werk, dessen erster Theil vollständig erschienen ist, war, wie die Verff. im Vorwort darlegen, ursprünglich als Leitfaden für deren Schüler bestimmt und sollte demgemäss eine knappe Fassung erhalten. Als Theil des von Nothnagel herausgegebenen Handbuches der Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten erhielt es eine andere Bestimmung und es erwuchs den Verff. die Aufgabe, „den internen Aerzten durch dasselbe mehr als einen Leitfaden zu bieten, aber auch den Zusammenhang mit der inneren Medicin, welcher leider in Folge überwuchernden Specialistenthums in bedauerlicher und bedenklicher Weise gelockert erscheint, ganz besonders hervorzuheben".

Die einzelnen Erkrankungsformen werden, wie im Vorwort angegeben, nach einem neuen Eintheilungsprincip abgehandelt und zwar abweichend von der bisherigen Gepflogenheit, nicht nach anatomischen Gebieten, sondern von ätiologischen Gesichtspunkten aus. Die Verff. wollen „die Krankheitsbilder als solche, das ganze Organ mehr oder minder betreffende in einheitlicher, zusammenfassender Form zur Darstellung, und so die Zusammengehörigkeit aller einzelnen Abschnitte als Theile eines Ganzen zum Ausdruck bringen".

Der vorliegende Theil enthält eine Einleitung (Allgemeines zur Symptomatologie und Aetiologie), die Capitel über gynaekologische Untersuchung, allgemeine Diagnostik und Therapie, Anatomie, Physiologie und Bakteriologie.

In der Einleitung wird vornehmlich auf die innigen Beziehungen zwischen der Gynaekologie und den übrigen medicinischen Disciplinen in meisterhafter Weise und mit nachdrücklichen Worten hingewiesen. „Eine geschlechtskranke Frau ist eine überhaupt, oft auch geistig kranke Frau und das zu verstehen, zu erkennen und zu heilen braucht es oft mehr als eine Laparatomie machen zu können." Ausser dem in der Ueberschrift Genannten enthält die Einleitung noch die Ansichten und Grundsätze der Verff. über den gynaekologischen Unterricht und das Studium der Gynaekologie.

In den Capiteln: „Gynaekologische Untersuchung", „Allgemeines über Behandlung" schildern die Verff. alle wichtigen einschlägigen Methoden und Behelfe einschliesslich des gynaekologischen Instrumentariums in ausführlicher Weise. Die nicht operative Therapie erfährt hierin ihre



gebührende Würdigung; als oberster Grundsatz hat zu gelten: „Nicht schaden und nicht früher das Heil in der Operation suchen, als sich ein anderer und zwar der erhaltende Weg als der Ungenügende gezeigt hat.“ Als besonders für den Practiker sehr willkommene Capitel müssen die über Hygiene und Bäderbehandlung bezeichnet werden.

Ganz besonders ausführlich ist in dem Werke die Anatomie und die Physiologie der weiblichen Sexualorgane bearbeitet; dieser Abschnitt nimmt den grössten Theil des Buches ein. Es ist im Rahmen eines kurzen Referates ganz unmöglich, viele Details auch nur zu erwähnen; hier sei nur auf die Capitel über die Lagerungsverhältnisse der Beckeneingeweide und das Beckenbindegewebe hingewiesen, welche in lichtvoller Darstellung unter Berücksichtigung der neuesten Untersuchungsergebnisse der Verfasser und anderer Autoren den Gegenstand behandeln.

Ein ziemlich umfangreicher Abschnitt ist der Physiologie der Menstruation und Ovulation gewidmet. Die diesbezüglichen Hypothesen erfahren eine historische Darstellung und kritische Sichtung. Die gegenseitigen Beziehungen beider Vorgänge sind, wie die Verff. bemerken, heute noch nicht völlig aufgeklärt; eine gewisse Abhängigkeit beider von einander muss jedoch als feststehend angenommen werden.

Die jeweils herrschenden Theorien über den Befruchtungsvorgang sind in kurzer geschichtlicher Uebersicht im Capitel „Ueber Conception“ enthalten, das sehr ausführlich in äusserst fesselnder Darstellung die von den Verff. mit Beziehung auf die bisherigen Resultate der Forschung vertretenen Ansichten vor Augen führt.

Den Schluss des Bandes bildet eine gedrängte Uebersicht der Forschungen in Bezug auf die Bakteriologie des weiblichen Genitale.

Das Werk ist — in erster Linie die Abschnitte über Anatomie und Physiologie des weiblichen Genitale — mit einer grossen Anzahl instructiver und vorzüglich ausgeführter Textabbildungen ausgestattet. Sie sind fast durchwegs Originalabbildungen nach makroskopischen und mikroskopischen Präparaten aus den Prager und Wiener medicinischen Instituten.

Man darf dem Erscheinen des II. Theiles mit Spannung entgegensehen und wird in der Erwartung nicht fehl gehen, dass an entsprechender Stelle eine ausführliche Erörterung der Beziehungen zwischen gynaekologischen Erkrankungen und denen der äusseren Haut ebenso ihren Platz finden wird, wie dies in Hinsicht auf die inneren Erkrankungen eingangs ausgesprochen wurde. Friedrich Kleinhans (Prag).

Audry, Ch. Précis élémentaire des maladies vénériennes. Baillière et Fils, Paris, 1901. Klein 8°, 342 Seiten. Preis 5 Fr.

Das Buch zerfällt in 4 Abschnitte, deren erster das Ulcus molle und seine Complicationen: Gangraen, Phagedaenismus, Phimosis, Lymphangitis und Bubo behandelt. Bei der Therapie des Ulcus molle verwirft A. die Excision als meist nicht ausführbar, die Cauterisation weil nur mit Narkose möglich, die Caustica als schmerzhaft und in ihrer Wirkung unsicher und empfiehlt als beste Methode strahlende Wärme (Aubert)



durch Annähern eines Thermocauters auf 1 Mm. bis zum Trockenwerden des Geschwüres. Hierauf Jodoform. Bei der Therapie nicht vereiterter Bubonen empfiehlt A. Ruhe, leichte Compression, Vesicantien. Injectionen, wobei er, wohl nur die mit antiseptischen Flüssigkeiten im Auge hat, verwirft er als mehr geeignet die Phagocytose zu hindern, als auf die Bacillen einzuwirken. Bei vereiterten Bubonen Incision (senkrecht auf die Inguinalfalte!), Auswaschen, Jodoformvaselininjection, leichte Compression, Curettement eventuell stumpfe Ausräumung, Paquelin, Jodoformgazetamponade. Bei schlecht heilenden Wunden heisse Sitzbäder (Aubert) von 38° allmälig bis 45° steigend, täglich $1^{1}/_{2}$—2 Stunden.

Der zweite Abschnitt behandelt die Gonorrhoe und deren locale (affections blennorrhagiques) und allgemeine, auf hämatogenem Wege zustande gekommenen Complicationen (infections blennorrhagiques). Bei ganz frischen Fällen empfiehlt A. eine Abortivbehandlung mit Arg. nitr. 1 : 30, womit er 3 Injectionen innerhalb 24 Stunden macht. Missglückt die Abortivcur, und bei nicht frischen Fällen, zunächst Ruhe, Diät, Balsamica und wenn die Secretion geringer zu werden beginnt, Janet'sche Spülungen mit heissen Lösungen von Kal. permang. 1 : 8000 bis 1 : 1000, welche täglich bis zum Verschwinden der Gonococcen und dem Ueberwiegen epithelialer Elemente im Secret vorgenommen werden. Dieselben Spülungen bilden die Therapie der chronischen Gonorrhoe. Die Complicationen bilden keine Contraindication, die einzige Contraindication bildet eine Cystitis, die zunächst behandelt werden muss u. zw. mit Blasenspülungen mit Arg. nitr. 1 : 500, die mit dem Katheter vorgenommen werden.

Die Prostatitis erfordert für gewöhnlich keine eigene Therapie. Macht ein Prostataabscess heftige Erscheinungen, so versucht A. zunächst den Eiter durch Druck vom Rectum aus in die Urethra zu entleeren. Gelingt dies nicht, so wird der Abscess mit einem Transversalschnitt vor dem Anus eröffnet. Für die Therapie der Epididymitis genügt ein gut sitzendes (Horand-Langlebert'sches) Suspensorium, das Tag und Nacht getragen, die Schmerzen vollständig behebt und die Bettruhe entbehrlich macht.

Die Urethritis gonorrhoica der Frau wird mit Einspritzungen von Arg. nitr. 1 : 25 behandelt, die Bartholinitis acuta mit Incision, Curettement und Tomponade, die chronische Bartholinitis durch Excision der Drüse, der Cervicalkatarrh mit der Playfair'schen Sonde, der Uterinkatarrh mittelst Curettage.

Der 3. Abschnitt ist der Syphilis gewidmet und gibt, ohne auf theoretische Fragen einzugehen, eine gute Uebersicht über die Erscheinungen an den einzelnen Organen, über normale und anormale Verlaufsweise und die parasyphilitischen Erscheinungen (Leukoplasie, Tabes, Paralyse). Der grösste Theil des Abschnittes ist der Therapie der Syphilis gewidmet. A. ist unbedingter Anhänger der Fournier'schen chronisch-intermittirenden Behandlung, die symptomatische Behandlungsweise wird gar nicht erwähnt. Die beste Darreichungsform des Hg ist die interne, für welche A. Modificationen der Dupuytren'schen und Ricord'schen Pillen



empfiehlt. Innerhalb der ersten 2 Jahre post infectionem nimmt der Pat. allmonatlich anfangs durch 25 Tage, später durch 20, 18, 15 Tage derartige Pillen, im dritten Jahre JK. „et çela pendant tout le reste de son existence."

Ein vierter Abschnitt behandelt kurz den Herpes genitalis, die spitzen Condylome und die Balanitis.

Das Buch soll ein Leitfaden für das Studium der Geschlechtskrankheiten sein und wird diesen seinen Zweck, da es wirklich alles für das praktische Bedürfnis Wissenswerthe und auch nur dieses bringt, bestens erreichen. Es ist aber von viel weitergehendem Interesse, insofern es in conciser Weise die Resultate der reichen Erfahrung des Autors auf venerologischem Gebiete wiedergibt. Walther Pick (Breslau).

Der Redaction zugesandte Bücher.

(Besprechung vorbehalten.)

Joseph, Max. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Aerzte und Studirende. Zweiter Theil: Geschlechtskrankheiten. Dritte verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 38 Abbildungen im Text und einer farbigen Tafel. VIII u. 440 p. G. Thieme. Leipzig, 1901.

Hofmann, Karl R. v. Die moderne Therapie der Cystitis. IV. u. 94 p. Dr. Deuticke. Wien, 1901.

Flaviano J. da Silva. Prophylaxia publica da Syphilis. These apresentada à Faculdade de Medicina e de Pharmacia da Bahia. IV u. 138 p. Imprensa Popular. Bahia, 1900.

Niessen, Max von. Beiträge zur Syphilisforschung. Heft IV—V. Selbstvurlag, 1901.

Jesionek, A. Zur Pathologie der secundär-luetischen Erkrankung der Lymphdrüsen. Habilitationsschrift. 82 p. u. 6 Fig. München, 1901.

Jessner. Die innere Behandlung von Hautleiden. (5. Heft von „Dermatologische Vorträge für Praktiker.) 48 pag. Preis M. —.75. A. Stuber's Verlag. Würzburg, 1901.

Kocher, Th. in Bern und de **Quervain,** F. in La Chaux-de-Fonds. Encyklopädie der gesammten Chirurgie. Mit zahlreichen Abbildungen. Lieferung 2. F. C. W. Vogel. Leipzig, 1901.

Lieven, A. Die Syphilis der oberen Luftwege unter besonderer Berücksichtigung der differentiellen Diagnose und der localen Therapie. (II. Band, 10. Heft und IV. Band, 2. Heft aus „Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie." Herausgegeben von Dr. Haug-München.) G. Fischer. Jena. 1901.

Varia.

Erwiderung auf Herrn Dr. Åhman's Bemerkungen zu meinem Aufsatz über Syphilisbehandlung mit Mercuriol.

Im Decemberheft 1900 dieses Archiv's, welches mir bedauerlicherweise erst am 10. Januar d. J. zugestellt worden ist, hat Herr Dr. Åhman meinen Artikel über Syphilisbehandlung mit Mercuriol einer strengen Kritik unterworfen. Die schweren Vorwürfe, welche er meiner Arbeit macht durch die Behauptung, dass meine Schlussfolgerungen auf „losen Gründen und unwissenschaftlichem Raisonnement" beruhen, zwingen mich, die von ihm erhobenen Angriffe Punkt für Punkt zurückzuweisen. Herrn Dr. Åhman erscheint es „eigenthümlich", dass ich Hg-Präparate zur localen Behandlung angewandt habe, denn er sagt: „will man eine Behandlungsmethode prüfen, um ein Urtheil über sie aussprechen zu können, muss man sich möglichst reine Fälle verschaffen, d. h. mit der localen Behandlung so lange wie möglich zögern, und wenn sie nothwendig wird, dazu keine Hg-Präparate anwenden". Diese Forderung habe ich anfangs genau befolgt, später aber bin ich absichtlich zur localen Behandlung mit Hg-Präparaten übergegangen, weil ich ohne dieselbe nicht auskam. Mir kam es vor Allem darauf an zu prüfen, ob das Mercuriol unter ganz denselben Bedingungen, wie sie bei Einreibungs- resp. Spritzcuren geübt werden, dasselbe oder vielleicht gar mehr leiste. Da nun alle Praktiker, wenn es nöthig ist, neben der allg. Cur auch local Hg-Präparate anwenden, wollte ich die mit Mercuriol behandelten Patienten nicht so zu sagen ungünstigeren Bedingungen aussetzen, wodurch die Wagschale bei einer Beurtheilung des Werthes des Mercuriols gegenüber den Einreibungen, resp. Einspritzungen sich noch mehr zu Gunsten der beiden letzteren Methoden gesenkt hätte. Uebrigens hat Herr Dr. Åhman trotz seiner Entrüstung über mich Aehnliches gethan, denn in seinem Artikel über die Mercuriolbehandlung im Archiv Bd. XLVIII. pag. 29 heisst es: „Ist eine örtliche Behandlung nothwendig gewesen, so habe ich für die Sclerose (nämlich in Fällen, wo ihre Oberfläche ulcerirt war) Mercuriol angewandt." „Zuweilen sind aber auch andere Mittel, z. B. Sublimatspiritus und Dr. Unna's Carbolquecksilbermull angewandt worden." Wohl heisst es bei ihm weiter: „Doch habe ich mit der Anwendung dieser Mittel stets so lange wie möglich gezögert, um erst die augenscheinliche Wirkung der



allg. Behandlung constatiren zu können." Trotzdem bleibt aber die Thatsache bestehen, dass selbst Herr Dr. Åhman Hg-Präparate zur localen Behandlung benutzt hat.

Was nun zweitens diejenigen Fälle anbetrifft, bei welchen ich die Mercuriolbehandlung aufgab, um zu anderen Behandlungsmethoden überzugehen, so ist Herr Dr. Åhman der Ansicht, dass es „ohne zwingende Indication geschah, weil ich nicht die Behandlung in der von ihm „angegebenen Grenze (40 Tage) fortgesetzt" habe. In Folge dessen nennt er mein Verfahren „ein höchst unwissenschaftliches"! Wenn ich in der That nicht 40 Tage gewartet habe, sondern nach mindestens 14 bis 19 Mercurioldosen, d. h. nach 22 bis 30 Tagen die Behandlung wechselte, geschah es, weil sich bei jeder andern Behandlungsform im Laufe eines derartig langen Zeitraumes auch die nässenden Papeln wenigstens zu bessern pflegen. Bei der Mercuriolbehandlung liess sich das aber in den genannten Fällen nicht constatiren, so dass ich es für unrecht hielt, die betreffenden Patienten noch länger nutzlos im Hospital liegen zu lassen. Und während es bis dahin gar nicht hatte vorwärts gehen wollen, trat mit dem Wechsel der Behandlung sehr bald, so z. B. in dem einen Fall bereits nach 2 Injectionen von je 0·02 Sublimat, in den übrigen Fällen etwas später ein Schwund der Papeln etc. ein.

Ein weiterer Vorwurf von Herrn Dr. Åhman richtet sich gegen den Hg-Nachweis im Urin. Ihm scheinen die vergleichenden Versuche in Bezug auf den Nachweis der ersten Hg-Spuren im Urin „von geringem Gewicht zu sein", wogegen er die Bestimmung der Hg-Menge am Schluss der Mercuriolcur für „wichtiger" erachtet hätte. Es lässt sich darüber streiten, was wichtiger ist, mir jedenfalls erschien jener Punkt bedeutungsvoller als dieser, woher ich des letzteren in meiner Arbeit nicht gedacht habe, obgleich sich die auf meine Veranlassung angestellten Urinuntersuchungen natürlich auch darauf bezogen haben. Daher kann ich heute hinzufügen, dass der Hg-Jodidring am Ende der Mercuriolcur, d. h. nach ca. 40 Tagen, demjenigen zu Ende der Einreibungscur gleicht, aber schwächer ist als derjenige nach einer Spritzcur. So werthvoll aber alle chemischen Nachweise des Hg sind, der Hauptwert muss doch wohl bei der Prüfung einer Behandlungsmethode auf den klinischen Erfolg gelegt werden. Mit diesem scheint aber Herr Dr. Åhman auch nicht mehr ganz zufrieden zu sein, da er wenigstens angibt, dass er „nunmehr schon von Anfang an grössere Mengen Mercuriol (15—30 Gr.) in das Säckchen zu streuen" pflegt, während er früher nur von 5 Gr. sprach.

Zum Schluss gestatte ich mir, die Schlussfolgerungen meiner Arbeit über die Mercuriolbehandlung zu wiederholen. Sie lauteten: „berücksichtigt man aber Alles zusammen, dass die Mercuriolcur nur in einem Theil der Fälle allein genügt, dass sie immer eine örtliche Behandlung nebenbei benöthigt und dass das Hg einerseits nur langsam im Urin auftritt und wie es scheint, nicht gar lange remanirt, so muss die Cur als eine schwächere bezeichnet werden, als diejenigen sind, welche wir besitzen (Einreibungen und Injectionen)." Und dass ich die Sackmethode an sich und,



insbesondere mit dem von Blomquist in geistvoller Weise künstlich hergestellten Hg-Präparat, dem Mercuriol, trotzdem nicht verwerfe, geht aus einem meiner weiteren Sätze hervor, indem es bei mir folgendermassen hiess: „Vielleicht gelingt es ferner, die Cur noch zu verstärken oder zu verbessern, wenn das aber auch nicht der Fall sein sollte, so ist die Sackcur und speciell diejenige mit Mercuriol sehr wichtig für die gar nicht so seltenen Fälle, wo die Kranken durch Reisen oder andere Umstände bedingt, unmöglich einreiben oder sich einspritzen lassen können."

Möge der Leser selbst entscheiden, ob meine Schlussfolgerungen auf „losen Gründen und unwissenschaftlichem Raisonnement" beruhen.

Moskau, im Januar 1901.

Dr. Arth. Jordan,
Arzt am I. Stadthospital zu Moskau.

Dermatologische Klinik und Poliklinik in Freiburg i. Br. Nachdem Herr Prof. Ed. Jacobi Ende vorigen Jahres den „Lehrauftrag für Dermatologie und Syphilis" erhielt, ist seit Anfang d. J. die ihm unterstellte dermatologische Abtheilung der Chirurgischen Klinik von letzterer abgetrennt und als „Dermatologische Klinik" unter seiner Leitung selbständig geworden. Obwohl nun dadurch an den thatsächlichen Verhältnissen nicht viel geändert wird, da Herr Prof. Jacobi seit 10 Jahren de facto ganz selbständig war, erscheint es doch recht wesentlich, dass diese Selbständigkeit auch nach aussen hin anerkannt wurde. Freiburg gehört also jetzt erfreulicherweise zu denjenigen deutschen Universitäten, welche einen Lehrstuhl und eine selbständige Dermatologische Klinik und Poliklinik besitzen. P.

Personalien. Herr Privatdocent Dr. A. Kollmann in Leipzig, der um die Fortschritte in der Urologie wohlverdiente College, wurde daselbst zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät ernannt. P.



Originalabhandlungen.



Aus Hofrath Prof. J. Neumann's k. k. Univ.-Klinik in Wien.

Zur Bacteriologie der Pityriasis versicolor.

Von

Dr. **Rudolf Matzenauer,**
I. Assistent der Klinik.

(Hiezu Taf. IX u. X.)

Wohl jeder Dermatologe hat die auf allen gebräuchlichen Nährböden leicht cultivirbaren Pilze von Favus und Trichophyton selbst gezüchtet und auf sich oder auf Thiere zu überimpfen versucht. Microsporon furfur dagegen scheint schon wegen seiner geringeren klinischen Bedeutung seltener Gegenstand bakteriologischer Studien geworden zu sein; Uebertragungsversuche auf künstliche Nährböden missglücken fast regelmässig und scheinen bisher überhaupt nur in vereinzelten Fällen gelungen zu sein.

Abgesehen von einer älteren, kurzen, diesbezüglichen Angabe von Grawitz dürfte wohl J. Neumann (Lehrbuch der Hautkrankheiten, 1880) der erste gewesen sein, welcher die Wachsthumsverhältnisse des Microsporon furfur zum Gegenstand eingehenderer Studien gemacht hat.

Nach von Sehlen und Unna besitzt der Pilz septirte und verzweigte an den Enden sich verschmächtigende Hyphen, verflüssigt Gelatine und erzeugt eine braune, mit dem Nährboden wechselnde Farbe, welche der Farbe der an Pityriasis vers. erkrankten Haut ähnelt.

Nach Kotljar (Archiv für Derm. u. Syph. Bd. XXVI, pag. 312) verflüssigt der Pilz Gelatine nicht; auf künstlichen

Nährböden, namentlich Kartoffeln und Rüben, erzeugt er verschiedene Farben, und zwar nicht nur auf verschiedenen Nährböden verschiedene Farben, sondern es entstehen in ein und derselben Colonie verschiedene Farben neben einander, darunter vornehmlich mattorange, weiss, schwärzlich, braun, grau. Er entwickelt auf künstlichen Nährböden keine Befruchtungsorgane und zeigt unpräparirt keine Septa, jedoch können solche durch Behandlung mit Chlorzink sichtbar gemacht werden.

Diese Angaben, welche zunächst keine weitere Bestätigung fanden, vermochten nicht, sich allgemeine Anerkennung zu erringen, so dass ihre Richtigkeit in den meisten Hand- und Lehrbüchern der Bakteriologie, als nicht genügend fundirt, angezweifelt wurde.

Durch die genau verzeichneten Befunde der sorgfältigen bakteriologischen Studie Spietschka's aus der Klinik des Prof. Pick in Prag (Archiv für Dermatol. u. Syph. 1896. IV.) ist die Frage der Cultivirbarkeit des Microsporon furfur endgiltig in positiver Richtung entschieden worden.

Ich habe daher, als auch mir vor zuerst 2 Jahren die Reincultur von Microsporon furfur gelang, mich nicht veranlasst gesehen, diese Thatsache besonders mitzutheilen.

Da jedoch neuerdings wieder die Möglichkeit der Cultivirung dieses Pilzes einerseits in Frage resp. in Abrede gestellt wird (La pratique dermatologique von E. Besnier, L. Brocq und L. Jacquet 1900. Tome I.), anderseits, sonderbarer Weise, gänzlich verschwiegen wird (Lesser: Encyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1900, pag. 404), glaubte ich, die Angaben Spietschka's durch meine mit diesen übereinstimmende Beobachtungen bekräftigen zu sollen.

Meine Culturen stammen von einer stark abschilfernden Pityriasis versicolor bei einem Phthisiker. Bei der Entnahme des Schuppenmateriales zur Ueberimpfung auf künstliche Nährböden ging ich in der Weise vor, dass ich die betreffende Körperstelle des Patienten zuerst mit Seife und Bürste gründlich reinigte, dann für einige Minuten mit einer Sublimat-Compresse bedeckte, und nach Abspülen mit (dem fast vollständig keimfreien) Hochquellwasser und darauf folgendem

Betupfen mit Aether-Alkohol die Schuppen abkratzte; diese pflegte ich in einem durch die Flamme gezogenen Uhrschälchen aufzufangen und mit dem Platinspatel fein zu verreiben; mit dem staubförmigen Pulver wurden sodann die Agarplatten beschickt. Ausser dem gewöhnlichen Agar, ausser Zucker-Agar, Glycerin-Agar und Pepton-Agar kam auch Epidermin-Agar in Verwendung u. zw. in der von Finger empfohlenen neutralen Reaction. Von jeder Agarsorte wurden immer je 10 Platten gestrichen. Nach ca. 7—8 in gleicher Weise ausgeführten vergeblichen Versuchen gingen auf einer am 1./IX. 1898 gestrichenen Platte eine, und nach wiederholten resultatlosen Versuchsreihen auf einer am 21./IX. 1898 gestrichenen Platte zwei Culturen längs des Impfstriches auf, die bei ihrer weiteren Verarbeitung sich als Pilzcolonien von Microsporon furfur erwiesen. In beiden Fällen fanden sich die Pilzcolonien auf Platten von neutralisirtem Haut-Agar, im ersten Falle nach 3 Tagen im Brutschrank eine stecknadelkopfgrosse Colonie, im zweiten Falle nach 6 Tagen bei Zimmertemperatur ebensogross; die weitere Uebertragung der Culturen vom neutralisirten Haut-Agar auf gewöhnlichen Agar, auf Bouillon, Gelatine und Kartoffel gelang jedesmal prompt.

Bei einer so grossen Zahl geimpfter Platten (viele Hunderte) ist demnach nur auf 2 Platten eine Cultur von Mikrosporon erzielt worden; die übrigen Platten zeigten meist längs der Impfstriche die bekannten ubiquitären Hautparasiten, zum Theil blieben auch einzelne Platten vollständig steril.

Jene Haut-Agar-Platte vom 1./IX. 1898, welche am 3. Tag nach der Impfung eine stecknadelkopfgrosse Cultur zeigte, war sonst vollständig steril geblieben. Die Cultur war am Anfang des ersten Impfstriches inmitten des dort in grösserer Menge deponirten, staubförmigen Schuppenmateriales aufgegangen. Die andere Haut-Agar-Platte, auf welcher längs desselben Impfstriches 2 Culturen von Mikrosporon aufgegangen waren, zeigte sowohl zwischen diesen beiden Pilzcolonien, als auch längs der übrigen Impfstriche ziemlich zahlreich einzeln stehende Colonien anderer Keime. Die beiden Pilzcolonien von Mikrosporon wuchsen unmittelbar aus einer Seite kleiner Epidermisschüppchen heraus.



Dass die Cultur auf erstgenannter Platte erst nach 3 Tagen, jene beiden Colonien auf der anderen Platte (bei Zimmertemperatur) erst nach 6 Tagen zur Beobachtung kam, ist auf Rechnung des Umstandes zu schreiben, dass ich immer gleichzeitig weit mehr als hundert Platten zu verfolgen und zu controliren hatte.

Die stecknadelkopfgrosse Colonie auf erstgenannter Platte (nach 3 Tagen im Brutschrank) trat über das Niveau der Agarfläche beträchtlich vor, war trocken, höckerig, an der Basis gelbbräunlich gefärbt und mehr succulent glänzend, an der Kuppe weisslich und ganz trocken, und in der Mitte napfförmig („gugelhupfförmig") vertieft. Es gelang nicht, von dieser Colonie mit der Platinöse abzustreifen, vielmehr musste man vom aufgeworfenen Rand derselben ein kleines Stückchen mit dem Platinspatel abbröckeln und mit etwas Bouillon verreiben, um damit die weitere Uebertragung auf andere Nährböden vorzunehmen.

Auf gewöhnlichem Agar im Brutschrank erhält man nach 2 Tagen gries- und hirsekorngrosse leicht elevirte Colonien von gelblich-weisser, elfenbeinartiger Farbe, die sich in den nächsten Tagen bis zu Stecknadelkopf- und Schrottkorngrösse vergrössern und dabei eine gelbbräunliche Farbe gewinnen; häufig haben die grösseren Colonien Schildform, indem um einen centralen, buckelförmig vorspringenden Kern eine scheibenförmige, kreisrunde oder ovale, flache, und am Rand allmälig in die Agaroberfläche ausklingende Auflagerung sich schliesst. Eine Einzelcolonie kann mehr als Halblinsengrösse erreichen. Die frischen, kleinen Colonien sind feucht glänzend, die grösseren älteren trocken, fein granulirt.

Figur 1 zeigt Colonien auf schiefem Agar nach 7 Tagen im Brutschrank.

Betrachtet man derartige Colonien unter dem Mikroskop, so erscheint die Oberfläche wie gekörnt, während man am Rand in die umgebende Agaroberfläche feine, baumartig verzweigte, „moosartige" Ausläufer übergehen sieht; die groben Körnchen entsprechen den Sporenhaufen, die feinen Ausläufer dem dünnen Mycelgeflecht.

Auf besonders feuchtem Agar erhält man häufig nicht isolirte Colonien, sondern dieselben confluiren rasch zu flächenhafter Ausbreitung, so dass die Agar-Oberfläche wie mit einem dichten Häutchen überzogen ist (siehe Fig. 2). Auf trockenem, ausgesprödetem Agar ist das Wachsthum ein bedeutend verlangsamtes, die Einzelcolonien confluiren nicht, erreichen nur eine geringere Grösse und trocknen bald ein.

Die trockenen Colonien erweisen sich, unter Mikroskop betrachtet, der Hauptmasse nach aus ausserordentlich zahlreichen Sporen und aus einem gering entwickelten Mycelgeflecht bestehend. Umgekehrt bestehen die rasch wachsenden feuchten Colonien aus einem dichten Filz langer, vielfach verzweigter, spitzwinklig abgeknickter oder oft S-förmig geschwungener Mycelfäden und aus einer geringen Menge Sporen. Lufthyphen kommen nicht vor.

Je älter die Culturen sind, desto mehr geht die anfangs elfenbein-

artige Farbe der einzelnen Colonien in ein gelbbräunliches Colorit über, sie nehmen eine bernsteinbraune Farbe an oder ein Farbentimbre ähnlich gesponnenem Zucker; conservirt man diese Culturen durch mehrere Wochen, so diffundirt der bräunliche Farbstoff auch in den umgebendem Agar.

Figur 2 zeigt eine 3 Wochen alte Strichcultur auf schräg erstarrtem Agar von bernsteinbrauner Farbe.

Die Wachsthumsverhältnisse auf Gelatine scheinen bedeutende Verschiedenheiten aufzuweisen. Nach von Sehlen und Unna wird Gelatine verflüssigt. Kotljar's Pilz verflüssigt Gelatine nicht. Nach Spietschka ist „das Wachsthum auf Gelatine ungemein träg. Erst in einer Woche kann man einzelne winzige punktförmige Colonien von unregelmässiger Gestalt erkennen. Eine Verflüssigung derselben findet auch nach vielen Wochen nicht statt". Unsere Colonien hinwieder zeigten allerdings ein langsames Wachsthum auf Gelatine, aber am 6.—7. Tag regelmässig eine Verflüssigungszone um eine weissliche punktförmige Colonie.

Figur 3 zeigt eine Stich-Cultur in Gelatine nach 3 Wochen.

In Bouillon, welche klar bleibt, findet ein langsames Wachsthum zu kugeligen, weissen, fast transluciden, schneeballenartigen oder „baumwollflockenähnlichen" Colonien statt, die nach etwa 2—3 Wochen stecknadelkopfgross sind, nach mehreren Monaten jedoch Erbsen- bis fast Haselnussgrösse erreichen können.

Ein sehr charakteristisches und zugleich prachtvolles Bild bieten die Culturen auf rohen Kartoffelscheiben; 3—4 Tage nach der Impfung sieht man auf denselben weisse oder leicht schmutzig grauweisse, schlüpfrige, punktförmige Auflagerungen, die im Verlauf von 1 bis 2 Wochen mit einander allmälig zu mehr breiigen, später krümmlig bröckligen, 1—2 Mm. hohen Massen eintrocknen, und dabei eine bernsteinbraune oder ockerbraune Farbe annehmen. Die braunen krümmeligen Massen tragen häufig an der Kuppe eine ringförmige, wallartig aufgeworfene Krone, die wie mit dünnem Mörtel weiss bespritzt aussieht; es kommt dadurch eine centrale napfförmige Vertiefung, die erwähnte „Gugelhupfform" zustande. Bei älteren Culturen nimmt auch die Kartoffelscheibe selbst eine bräunlich-violette Farbe in der Umgebung der Colonien an.

Figur 4 zeigt eine 3 Wochen alte Cultur auf Kartoffelscheiben.

Deckglaspräparate zeigen insoferne ein verschiedenes Bild, als das Verhältniss der Mycelien zu den Sporen ausserordentlich variirt je nach dem Alter und der Wachsthumsschnelligkeit der Colonie und in den einzelnen Nährmedien verschieden ist. Im Allgemeinen nimmt mit dem Alter der Colonie die Entwicklung der Sporen zu; die langsam sich vergrössernden, trockenen, weisslichen und fein granulirten Colonien zeigen eine reichliche Entwicklung verschieden grosser Sporen in den ungleich langen Mycelfäden, die dadurch oft ein perlschnurartiges Aussehen gewinnen und bei derartigen Colonien meist kürzer und deutlicher septirt sind als bei rasch wachsenden Colonien. Die saftig glänzenden, rascher wachsenden Colonien dagegen haben ein reiches Mycelgeflecht.

Am längsten wachsen die Mycelien in Bouillonculturen aus, die



hier lange, schlanke, oft S-förmig gekrümmte, meist dendritisch sich verzweigende, undeutlich segmentirte Fäden mit geringer Sporenentwicklung bilden; manche bergen in sich Sporen, die in ihrem Durchmesser das übrige Lumen des Fadens um fast das Doppelte übertreffen, einzelne zeigen am Ende eine kolbige oder keulenförmige Anschwellung, zuweilen begegnet man auch analogen Bildern, welche als „Organes pectinés" bei Favus und Mikrosporon Audouini bekannt sind.

Figur 5 zeigt die Randpartie einer stecknadelkopfgrossen, 14 Tage alten Bouillon - Cultur mit langen, feinen fadenförmigen Ausläufern, welche der kugeligen Colonie wohl die gefiederte Oberfläche, das „baumwollflockenähnliche" Aussehen verleihen dürften.

Wenn schon das mikroskopische Bild des Microsporon furfur mit seinen schmalen, unregelmässig segmentirten Mycelfäden und den zahlreichen, ungleich grossen Sporen ausserordentlich charakteristisch ist (siehe Figur 6), so wurde nachträglich die Identität der Culturen auch noch durch einen gelungenen Uebertragungsversuch auf die Ellbogenbeuge meines linken Armes documentirt. Ich habe im Verein mit Collegen Dr. Ehmann wiederholt in die aufgeschilferte, rauh gemachte Haut, Culturen (von Agar oder Bouillon entnommen) eingerieben und sodann einen feuchten Verband darüber durch 2 bis 3 Tage getragen; doch blieben die Versuche anscheinend erfolglos. Mehr als 3 Monate später jedoch bemerkte ich zufällig im Bad in der linken Ellbogenbeuge und sonst nirgends am ganzen Körper kleine naevus- oder lentiginesartige Flecke von wenig abschilfernder Pityriasis versicolor.

Die erste Uebertragung der Pilzkeime von Pityriasis versicolor auf künstliche Nährböden pflegt demnach schwer zu gelingen, hat man aber einmal eine Cultur von Microsporon furfur erhalten, so ist diese leicht auf alle gebräuchlichen Nährböden weiter überimpfbar. Die Culturen desselben wachsen langsamer als von Trichophyton oder Favus; die Uebertragung der Reincultur desselben auf den Menschen haftet gleichfalls schwerer als bei Favus und Trichophyton; eine gelungene Uebertragung scheint erst nach mehreren Wochen sich zu documentiren.

Die Erklärung der Abbildungen auf Taf. IX u. X ist dem Texte zu entnehmen.





Matzenauer: Zur Bacteriologie der Pityriasis versicolor.

Fig. 5.



Fig. 6.



Matzenauer: Zur Bacteriologie der Pityriasis versicolor.

Hautsyphilid, consecutive narbige Fibromatose, histologisch nachgewiesene multiple Neurofibrome.

Von

Prof. Dr. **Roberto Campana,**
Rom.

(Hiezu Taf. XI u. XII.)

Als Einleitung zu der vorliegenden Mittheilung, der ich einen gewissen Werth beimesse, gebe ich einen synthetischen Bericht über den Fall, der den Gegenstand meiner Untersuchungen bildete.

Im vergangenen Winter stellte ich in einer meiner klinischen Lehrstunden einen Patienten vor (Taf. XI), der auf der Haut fast des ganzen Rückens, auf einem breiten und regelmässigen Segment, eine kaum in Ulceration übergegangene und offenbar syphilitische, mit zahlreichen Narben abwechselnde knötchenartige Eruption aufwies, wobei die Haut und das Subcutangewebe einen mittleren Grad von weicher Verdickung zeigten, so dass es schien, als sei die Haut von einem diffusen weichen Fibrom eingenommen. Diese auf einem symmetrischen Durchschnitt verdickt und schlaff erscheinende und Zeichen von Dystrophie aufweisende Haut liess mich die Behauptung aufstellen, dass beim Patienten, im Nervensystem des betreffenden Körpertheiles und des ganzen Organismus Alterationen beständen, welche die Läsionen auf der Rückenhaut verursacht hätten, obgleich sie sich nicht in Functionsstörungen des thierischen Lebens manifestirten.



Drei Tage nach dieser seiner Vorführung hatte Patient, ohne dass sich vorher eine andere Nervenstörung offenbarte, einen apoplektischen Anfall, der wegen der Merkmale, von denen in der (in diesem Bericht sehr kurzen) klinischen Darlegung die Rede sein wird, als durch Syphilis bedingt diagnosticirt wurde.

Diesem apoplektischen Anfall erlag Patient und vier Tage darauf wurden ausser Alterationen im Centralnervensystem, mit zahlreichen syphilitischen Periarteriitiden und ausser den infiltrativen und fibromatoiden knötchenförmigen Alterationen der Haut, zahlreiche ähnliche charakteristische Neurofibrome in dieser angetroffen, wie sie bei einigen primären, d. h. nicht. wie in unserem Falle, durch einen erworbenen Process entstandenen Hautfibromatosen vorkommen.

Anamnese. Giovanni M. aus Rom, 49 Jahre alt; seine Eltern sind vor wenigen Jahren, in einem Alter von mehr als 80 Jahren, gestorben. Im 28. Lebensjahre verheiratete er sich, aber seine Frau starb im Alter von 27 Jahren an Lungentuberculose. Von seinen vier Kindern lebt nur noch ein Sohn, der jetzt 14 Jahre alt ist und keine bemerkenswerthe Krankheit durchgemacht hat; die anderen drei Kinder starben: eines im Alter von 20 Monaten, das zweite am 10. Tage und das dritte im 5. Monat; an welcher Krankheit, ist nicht bekannt.

Patient ist von Kindheit an als Bäckergeselle beschäftigt gewesen und hatte als solcher beständig schwere Lasten, bis zu 100 Kilo und darüber, auf dem Kopfe und den Schultern zu tragen. Nur in den letzten Jahren war er als Handlanger bei Maurerarbeiten beschäftigt.

Im Alter von 8 Jahren hatte er die Pocken, im Alter von 16 bis 17 Jahren einen Magenkatarrh mit Blutbrechen, und gleich darauf erkrankte er an Malariafieber, das 6—7 Monate lang anhielt. Um diese Zeit erkrankte er auch zweimal an Blennorrhöe. Im Alter von 27 Jahren erkrankte er wieder, doch vermag er nicht genau anzugeben, welcher Art die Krankheit war; er erinnert sich nur, dass er einen starken Schmerz in der linken Unterrippengegend hatte, wo sie ihm Blutegel anlegten. Im Jahre 1884 wurde er etwa ein Jahr lang häufig von einem Schmerz in der Lebergegend befallen, der nach Gebrauch von Jodtinctur aufhörte. Ausser den beiden obenerwähnten Blennorhöen weiss Patient nicht genau anzugeben, welche venerischen Krankheiten er sonst noch gehabt hat; sein gegenwärtiges Leiden führt er jedoch auf venerische Krankheiten zurück, die er vor länger als zwanzig Jahren sich zugezogen hatte. In den Jahren 1890—91 hatte er Schmerzen an den Knochen und am Kopfe, bekam einen maculösen Ausschlag auf dem ganzen Rumpfe und erinnert sich endlich, dass auch Mund und Kehle erkrankt waren, die nach Gargarismen heilten. Vor 3 oder 4 Monaten hatte er eine

Drüsenschwellung in der Epitrochleargegend des rechten Armes, mit Erweichung und spontaner Ulceration.

Die gegenwärtige Krankheit begann vor etwa 2 Jahren mit einem Ausschlag am linken Knie. Nach einem Jahre trat er auch am Rückgrat und in der Folge auf dem linken Arm und der Innenfläche der Oberschenkel auf, worauf Continuitätstrennungen entstanden, die mit geeigneten localen Verbänden behandelt wurden.

Seine ökonomischen Verhältnisse erlaubten dem Patienten nicht immer sich gut zu nähren.

Status präsens. Mann von mittlerer Statur und wohlgestaltetem Körper, ziemlich gut genährt.

Patient weist in verschiedenen Regionen des Körpers einen mit Narben abwechselnden knötchenartigen und geschwürigen Ausschlag auf, wobei die Haut an diesen Stellen in ihrer Dicke und Consistenz verschiedenartig verändert ist; ebenso das Subcutangewebe, wie weiter unten genauer angegeben werden wird. Die Knötchen, die die Grösse einer kleinen Linse oder einer 1- oder 2-Centimes-Münze haben, erscheinen zu fast kreisförmigen oder rundlichen Gruppen vereinigt. Sie sind von dunkel- oder fahlrother Farbe, die nach Druck nicht gänzlich verschwindet; einige haben eine glatte, unversehrte Oberfläche und zeigen in der Mitte eine leichte Einsenkung; andere sind mit einer dünnen schwärzlichen Kruste und dünnen weisslichen Schuppen bedeckt; noch andere sind ulcerirt, mit einem wegen spärlichen Detritus grauweiss erscheinenden Grunde.

Diese Knötchen haben eine verschiedene Breite und Tiefe, doch dehnen sie sich mehr in die Breite als in die Tiefe aus, nur sehr wenige erstrecken sich tief in das Subcutangewebe hinein. Im allgemeinen nehmen sie alle das Derma ein. Einige sind teigig-hart, andere viel härter, und diese sind besonders zu kleinen Kreisen angeordnet oder bilden getüpfelte Strecken. Sie sind wenig gefärbt, einige weisen rund herum eine schwarzgelbe Färbung auf, die sich durch kein Mittel verwischen lässt. In der auf weiter Strecke von der Alteration betroffenen cervico-dorsalen Region, auf die sich obige Beschreibung bezieht, erscheint das Subcutangewebe in verschiedenem Grade verdickt, an einigen Stellen auch verdünnt. Am meisten verdickt erscheint es in der Milz- und Lebergegend; in der Milzgegend ist die von oben nach unten an Dicke zunehmende Haut von tiefen normalen Falten oder von Knötchen und Narben, wie



die oben beschriebenen, unterbrochen und hängt schlaff herab, als adhärirte sie nicht am Subcutangewebe und an den tieferen Theilen, wie dies weiter unten beschrieben werden wird.

Die beschriebenen Veränderungen sind wie folgt auf dem Körper vertheilt: auf der hinteren Seite des Brustkastens mit Einbegriff des Nackens beobachtet man die ausgedehnteste Veränderung, die, wie oben beschrieben, in Knötchen, Narben, Haut- und Subcutangewebs-Verdickung besteht und fast eine einzige die Form der hinteren Thoraxseite so zu sagen reproducirende Fläche bildet. Die Hautverdickung ist links eine stärkere als rechts, wo die Haut, abgesehen von den auf ihr zerstreuten, oben beschriebenen Knötchen, weich und schlaff ist und wie die eines Fibroma molluscum herabhängt. Hier, und zwar links mehr als rechts, bilden die Knötchen zahlreiche grosse, fast regelmässig gestaltete, halbkreisförmige Gruppen, in denen sie meistens an der Peripherie gelagert, erhaben und callös sind; darunter einige ulcerirte Knötchen und andere, die mit Schüppchen bedeckt sind. In der Scapularregion linkerseits findet sich eine breite ungleiche Strecke von Narbengewebe. Weiter nach unten hingegen, am Axillarrande des M. latissimus dorsi linkerseits, erscheinen die Gewebe fast erweicht und ganz schlaff. In der Höhe der letzten Rückenwirbel hört der Ausschlag mit einer wellenförmigen, aber deutlich gezeichneten Linie auf; ebenso an den Seiten und oben, wo er fast der Anordnung des Nackenmuskels folgt. Die Haut des Gesichtes, der vorderen Seite des Halses und des Rumpfes, der Vorderarme und der Hände ist normal; nur in der Gegend des Zitzenfortsatzes rechterseits gewahrt man zwei linsenförmige Knötchen. In der Epitrochleargegend des rechten Armes sieht man eine durch Ulceration hervorgerufene breite Narbe, die bei der Anamnese erwähnt wurde.

Am mittleren Drittel des linken Armes, auf der Aussenseite, sieht man zwei kreisförmige Gruppen von linsenförmigen, mit Krusten und Schüppchen bedeckten Knötchen. Eine Gruppe von Knötchen, von denen einige im Centrum eine Einsenkung zeigen, andere mit Krusten und Schüppchen bedeckt sind, findet sich am linken Oberschenkel, an den unteren zwei Dritteln der Innenfläche, und hier besteht auch eine narbige



Einsenkung. Einige spärliche, fast zu Flecken und Papeln reducirte Knötchen finden sich am rechten Oberschenkel (am mittleren Drittel der Innenfläche), und ein vereinzeltes grosses Knötchen sieht man am rechten Knie, in der Gegend des inneren Gelenkknopfes. Am linken Knie hat die Haut an der unteren Hälfte der Kniescheibe und vier Fingerbreit unterhalb derselben eine mit einigen farblosen Punkten gesprenkelte intensiv gelbrothe Färbung, die bei Druck etwas abnimmt, aber sich durch kein anderes Mittel modificiren lässt; das Unterhautzellgewebe ist hier etwas verdickt.

Die Anhangsgebilde der Haut, die Nägel und Haare sind normal. Die sichtbare Schlundkopf- und Mundschleimhaut weist nichts Bemerkenswerthes auf.

Die Lymphdrüsen sind im allgemeinen angeschwollen: die Inguinaldrüsen nur wenig, viel stärker die Axillar- und Cervicaldrüsen, obgleich sich diese letzteren wegen der Schwielen und Infiltration der sie bedeckenden Haut nicht gut wahrnehmen lassen. Eine haselnussgrosse, der ebenfalls verdickten Haut fest anhaftende lässt sich am Nacken deutlich fühlen.

Die Muskeln und Knochen bieten nichts Bemerkenswerthes dar; und normal sind auch die Lungen, das Herz und, in der Grösse, die Leber. Die Milz ist etwas vergrössert, d. h. sie reicht vorn bis zu einem in der Mitte zwischen der vorderen verticalen und der mittleren Axillarlinie gelegenen Punkte, oben bis zum unteren Rande der 7. Rippe, unten erstreckt sie sich nicht über den Rippenbogen hinaus.

Die übrigen inneren Organe sind normal und finden sich an ihrem richtigen Platze.

Function des Magendarmcanals normal. Im Harn und Eiweiss und Zucker nicht vorhanden. Fieber nicht vorhanden.

Muskel-Contractilität, Sensibilität, Mobilität normal.

Auffassung etwas träge. Gedankenfolge häufig unlogisch, obgleich Patient in der Sprache und allen anderen Functionen des Nervensystems keine Störung aufweist.

Die Autopsie wurde 27 Stunden nach dem Tode vorgenommen.

Leichnam gut erhalten; Leichenstarre; Hypostase in den abschüssigen Theilen; Bauch stark contrahirt.



zum grössten Theile aus Bindegewebe und nur zum ganz geringen Theile aus Nervenfasern bestehenden Schnittes erschien. Auf einigen Schnitten liess sich indessen die Marksubstanz, der Achsencylinder und die Schwan'sche Scheide erkennen; auf anderen nur die Scheide und in der Mitte einige Pünktchen, die den Achsencylinder andeuteten. Diese, Nervenfasern enthaltenden fibromatösen Massen waren an der Peripherie deutlich abgegrenzt und von einer dünnen bindegewebigen Scheide umgeben, wie solche jeder normale Hautnervenzweig hat.

An der Peripherie dieser Scheide liess sich von Neuem die leukocytäre Infiltration wahrnehmen, die in der weiter oben beschriebenen neurofibromatösen Masse fehlte. Diese Leukocytenanhäufung war an einigen Stellen eine so reichliche, dass sie um das ganze Neurofibrom, oder um einen Breitendurchschnitt durch dessen Oberfläche, eine kleine Kapsel von granulomatösem Gewebe bildete.

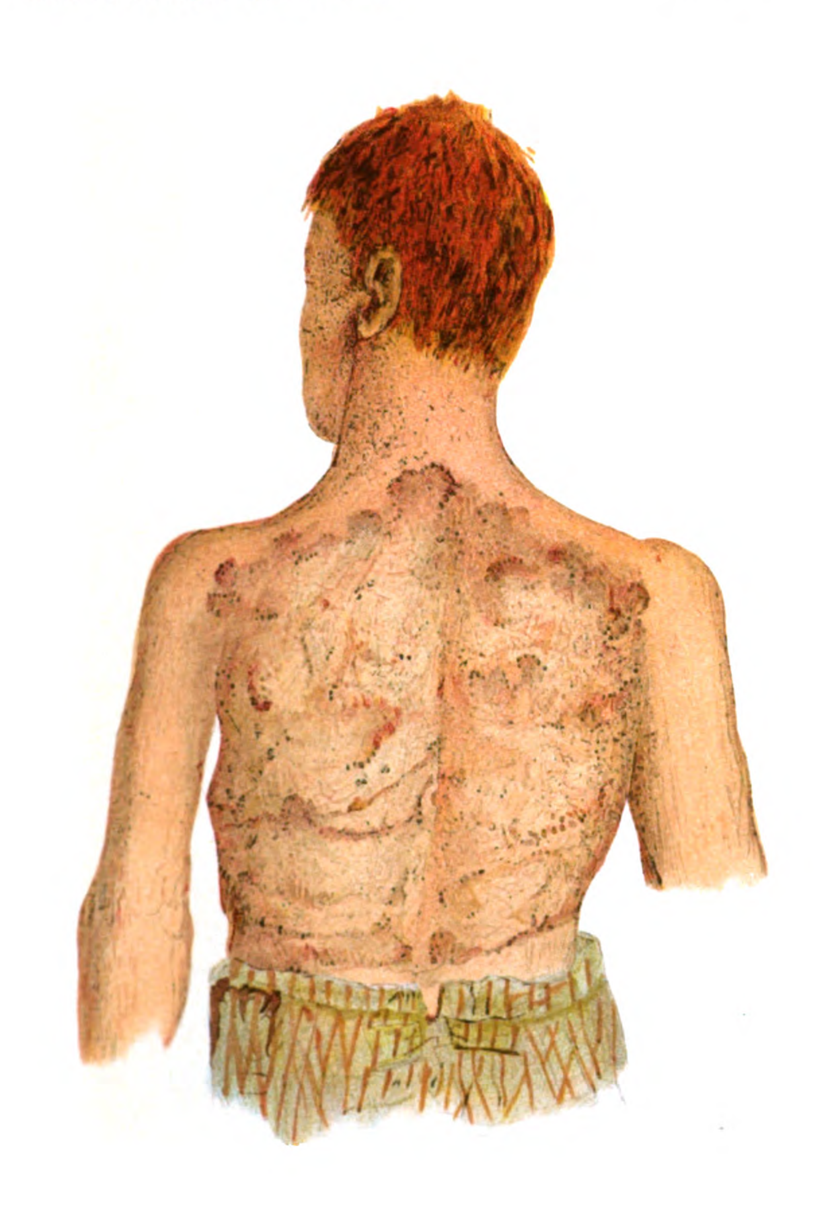
Diese Veränderungen liessen sich ziemlich leicht in jedem beliebigen Präparate auffinden; ja es konnten deren auch zwei in einem Hautstückchen von $^1/_2$ Mm. Länge angetroffen werden.

Die Präparate wurden in Formalin und Alkohol gehärtet; Färbung mit Osmiumsäure, Hämatoxylin, Eosin. Die Osmiumsäure diente zur genauen Bestimmung des Myelins in den Nervenfasern, die in den oben beschriebenen neurofibromatösen Verzweigungen noch vorhanden waren.

Die Anwesenheit dieser neurofibromatösen Neubildungen, der teleangiektatische Zustand einiger Hautstrecken, die während des Lebens gestellte klinische Diagnose, die dahin lautete, dass es sich um einen syphilitischen und zugleich neurotrophischen Ausschlag handle, rechtfertigen wohl die Veröffentlichung dieses Falles und lassen es begreifen, dass die histologisch-anatomische Untersuchung ergänzt und objectiv festgestellt hat, was bei der klinischen Untersuchung, auf Grund der Erscheinungen von Trophismus, die sich durch die einfache syphilitische infiltrative Phlogose nicht erklären liessen, angenommen wurde.

Die Erklärung der Abbildungen auf Taf. XI u. XII ist dem Texte zu entnehmen.





Campana: Hautsyphilid und multiple Neurofibrome.



Fig. 1.

g.s.

v

in

Fig. 3.

n

v

Fig. 4.

a

v

n

Fig. 2.

a

in

m

a

ep

Campana: Hautsyphilid und multiple Neurofibrome

Aus der Leipziger dermatologischen Universitätsklinik des Herrn Professor Dr. G. Riehl.

Ueber Lymphangioma circumscriptum cutis.

Von

Dr. **Hugo Schnabel,**
Jetzt in Magdeburg.

(Hiezu Taf. XIII—XV.)

Seitdem Wegener eine Eintheilung der Lymphangiome in drei Hauptgruppen, in das Lymphangioma simplex, Lymphangioma cavernosum und Lymphangioma cystoides schuf, ist für die letztere Abtheilung, das Lymphangioma cystoides, welchen das Lymphangioma circumscriptum cutis der Dermatologen als identisch an die Seite gestellt werden muss, eine grössere, wenn auch nicht übergrosse Anzahl Fälle als dahingehörig bezeichnet und genauer beschrieben worden. Immerhin sind die Anschauungen über verschiedene Punkte und Einzelheiten noch derartig auseinandergehend, dass es angezeigt erscheint, neue Beobachtungen solcher Fälle einer eingehenden Untersuchung zu unterziehen. Es sei mir daher gestattet, einen in der Leipziger dermatologischen Klinik Ende April 1900 zur Behandlung gelangten Fall, bei dem schon makroskopisch direct die Diagnose auf Lymphangioma circumscriptum cutis gestellt wurde, in den folgenden Zeilen zu veröffentlichen.

In der 1897 erschienenen Freudweiler'schen Arbeit (1) sind die bis dahin in der dem Autor zur Verfügung stehenden Literatur aufzufindenden Fälle von Lymphangioma circumscriptum cutis aufgezählt und kritisch gesichtet worden. Zu erwähnen wäre noch eine Doctorarbeit



von G. Sultan (2), die mir zufällig in die Hände fiel, aus dem Jahre 1891, in der zwei Fälle von Lymphangioma beschrieben werden, von denen der erste makroskopisch und histologisch sicher, der zweite wahrscheinlich zu dem Lymphangioma circumscriptum cutis zu zählen ist. In den letzten Jahren ist das Thema noch mehrmals bearbeitet worden, so von Heuss (3), Pawlow (4) und Wälsch (5). Ueber den von Morris in der Sitzung der Londoner dermatologischen Gesellschaft am 8. December 1897 vorgestellten Fall (6) scheint keine histologische Untersuchung zu existiren, desgleichen nicht über den an gleicher Stelle durch Perry (7) am 11. Mai 1898 vorgestellten Fall, bei dem es sich aber seiner klinischen Beschreibung nach sicher um Lymphangioma circumscriptum handelte. Ausserdem veröffentlichten Brocq und Bernard (8) einen sehr interessanten Fall von Lymphangiom der Zunge und der Mundschleimhaut und gaben bei dieser Gelegenheit auch eine beachtenswerthe Uebersicht über die einschlägige Literatur. Der von White (9) angegebene Fall von Lymphangiom der grossen Labien ist mir nur nach einem Referat bekannt. Nach Kaposi (10) handelt es sich hierbei zweifellos um Lymphvaricen als Fortsetzung von Elephantiasis Arabum der Unterextremitäten. Auch der von den beiden Malherbe's (11) untersuchte Fall von Lymphangiektasie mit sehr starker Lymphorrhoe gehört nicht direct in unser Gebiet, desgleichen nicht die beiden von D'Akry Power (12) vorgestellten Fälle von cystischem Lymphangiom, die mehr chirurgisches Interesse wegen ihrer Ausbreitung haben, obwohl der erste der beiden Fälle histologisch an unser Lymphangioma circumscriptum erinnert. Die zwei von Corlett in der 22. Jahresversammlung der Americal Dermatological Association 1898 (13) vorgestellten Fälle wurden bereits in der Discussion als nicht in dieses Gebiet gehörig bezeichnet.

Um nun auf den von mir beobachteten Fall überzugehen, lasse ich zunächst die Krankengeschichte und das Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung folgen und möchte bei dieser Gelegenheit nicht versäumen, meinem hochverehrten Chef, Herrn Professor Riehl, für die Ueberlassung des Materials und die Anregung und freundliche Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit meinen besten Dank zu sagen.

Krankengeschichte.

A. W., 23 Jahre alt, von Beruf Maler, gebürtig aus der Gegend von Kulmbach in Baiern, stellte sich am 26. April 1900 in unserer Poliklinik vor und wurde zur Behandlung in die Klinik aufgenommen. Die Anamnese ergab Folgendes: Die Eltern des Patienten sind beide noch am Leben und erfreuen sich einer guten Gesundheit. Ueber Hautaffectionen derselben lässt sich nichts Genaues eruiren, die Mutter soll eine ähnliche Hautveränderung, wie wir sie bei unserm Patienten sehen, be-



sessen haben. Die Geschwister sind bis auf einen Bruder, der im Alter von 2 Jahren an Masern gestorben ist, sämmtlich gesund. Von Hautveränderungen bei diesen ist dem Patienten nichts bekannt.

Letzterer selbst ist ebenfalls, soviel er sich besinnen kann, noch niemals ernstlich erkrankt gewesen, selbst von Kinderkrankheiten will er verschont geblieben sein. Die uns besonders interessirende Hautveränderung besteht schon seit seiner frühesten Kindheit. Wachsthum oder irgend eine Veränderung im Aussehen ist nicht bemerkt worden, die jetzige Grösse und Formation soll stets die gleiche gewesen sein. Beschwerden von seiten dieser Hautaffection hat Patient niemals gehabt, dieselbe hat ebensowenig genässt oder geblutet. An anderen Körperstellen hat er eine ähnliche Affection niemals beobachtet, auch hat eine Behandlung dieser Efflorescenzen noch nicht stattgefunden.

Im Januar 1900 inficirte sich Patient mit Lues, im Februar darauf sollen auf der Haut des Abdomens einige Furunkeln spontan aufgetreten sein, die ohne Behandlung verheilten. Wegen syphilitischer secundärer Erscheinungen kommt er jetzt zur ärztlichen Untersuchung und wird in klinische Behandlung genommen.

Bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus am 30. April 1900 wurde folgender Status vorgefunden:

Patient ist kräftig und musculös gebaut, von Mittelgrösse, normal entwickeltem Panniculus adiposus und kräftigem Knochenbau. Herz und Lungen sind vollkommen normal, ebenso ergibt die Untersuchung der übrigen inneren Organe nichts Abnormes. Die Haut des behaarten Teiles des Kopfes zeigt die Symptome einer geringen Seborrhoea sicca und vereinzelte zum Teil aufgekratzte syphilitische Papeln. Die Gesichtsfarbe ist gesund, etwas gebräunt, von der linken Nasenhälfte zieht sich 2—3 Cm. lang über die linke Wange verlaufend eine von einer Verletzung herrührende Narbe. Vom linken Schlüsselbein nach der mittleren Sternalpartie sich erstreckend, befinden sich mehrere gelbliche, mässig schuppende Flecke von Pityriasis versicolor. Im zweiten Intercostalraum der rechten vorderen Thoraxhälfte, das äussere Drittel derselben einnehmend, finden sich acht in einem Hautgebiet von 5 Cm. Länge und 2 Cm. Breite zerstreute, kugelig vorspringende und fast eiförmige Efflorescenzen, deren Längsdurchmesser in der Richtung des Intercostalraumes verläuft (s. Fig. I). Ihre Grösse schwankt zwischen Stecknadelkopf und Hanfkorngrösse. Die grösseren erscheinen aus mehreren kleinen Efflorescenzen zusammengesetzt. Ihre Consistenz ist eine prall-elastische die Resistenz mässig fest, unter Druck verschwinden sie nicht, scheinen sich auch nicht zu verkleinern. Die Farbe ist bei den kleinsten hellgelb, bei den grösseren etwas dunkler bis bräunlich-gelb, das Centrum etwas heller und perlgrau durchscheinend, besonders auf Druck unter einem Objectträger. Zwei dieser Efflorescenzen zeigen einige kleinste hellrothe, Flecke, ähnlich wie kleine auf dem Grunde liegende Teleangiektasien. Diese rothen Flecke verschwinden aber unter Druck nicht, werden auch nicht undeutlicher oder kleiner. Die Umgebung der einzelnen Effloresc-



cenzen zeigt weder Röthung, noch sonst ein Symptom der Entzündung oder Gewebsalteration. Beim Anstechen eines Bläschens entleert sich aus demselben eine weisslich-gelbe leicht getrübte Flüssigkeit, die leicht alkalische Reaction zeigt. Mikroskopisch lassen sich an Formelementen nur einige wenige Lymphocyten in derselben nachweisen.

Die Besichtigung der übrigen Haut ergibt das Vorhandensein einer stark abgeblassten Roseola an Körper und Extremitäten, sowie an letzteren schwach pigmentirte Flecken als Residuen der primären Roseola. Unterhalb des Nabels deuten zwei pfennigstückgrosse rothe, entzündete und verhärtete Stellen die Ueberbleibsel von abgeheilten Furunkeln an, eine ähnliche Stelle befindet sich auch noch auf der Haut des Penis. Im linken sulcus coronarius zeigt sich der Rest einer typischen Sclerose, der zum Theil noch ulcerirt ist. Eine grosse Menge flacher Papeln auf der Scrotalhaut und kleine um den After in Bildung begriffene breite Condylome vervollständigen das Bild einer secundären Lues.

Die Rachenschleimhaut ist stärker geröthet als normal, die rechte Rachenpartie nebst der Tonsille etwas vorgewölbt. Auf der Schleimhaut der Unterlippe findet man einige fast linsengrosse Plaques muqueuses, desgleichen auf der vorderen Fläche der Uvula. Die Drüsenschwellung der äusserlich tastbaren Drüsen ist eine allgemeine, besonders deutlich sind ausser den Inguinaldrüsen die Cubitaldrüsen fühlbar. Die Urinprobe hatte in Bezug auf Albumen und Saccharum ein vollkommen negatives Resultat.

Während des Aufenthaltes des Patienten auf unserer Klinik im Mai 1900 behufs Behandlung seiner Syphilis wurde ihm die ganze Hautpartie, soweit sie die beschriebenen, bläschenähnlichen Efflorescenzen aufwies, unter örtlicher Anästhesie nach Schleich bis auf die Fascie excidirt und die Wunde vernäht. Während der Operation wurde kein Ausfliessen von Lymphe wahrgenommen. Die Wunde war nach drei Wochen ohne irgend welche Erscheinungen von Lymphorrhoe oder Recidivbildung verheilt. Das excidirte Stück wurde in einzelnen kleineren Fragmenten zum Theil in Alkohol, zum Theil in einer zu gleichen Theilen aus Müller'scher Flüssigkeit und 10% Formalin bestehenden Mischung gehärtet und in Paraffin eingebettet. Die Stücke wurden dann geschnitten, von einer grösseren Efflorescenz auch Serienschnitte angefertigt und nach den bekannteren Färbemethoden mit Hämalaun-Eosin, polychromem Methylenblau, Lithiumcarmin, Orcein sowie nach van Gieson und nach Weigert gefärbt.

Histologie.

Die mikroskopische Untersuchung lässt zunächst erkennen, dass die makroskopischen Efflorescenzen durch einzelne oder eine Menge dicht zusammenliegender cystischer Hohlräume der papillären und subpapillären Cutisschicht gebildet werden, welche die Epidermis und theilweise den Papillarkörper gegen die Oberfläche vorgewölbt haben, ein Bild, wie wir es bei allen Beschreibungen des Lymphangioma circumscriptum cutis wiederfinden (s. Fig. II). Auf die genaueren histologischen Einzelheiten komme ich weiter unten zurück.

Beginnen wir mit der Untersuchung der Theile des excidirten Stückes, welche makroskopisch noch keine Veränderung aufweisen, so sehen wir, dass hier die Epidermis pathologisch nichts Auffälliges bietet. Sie ist meist normal breit, stellenweise gering verschmälert, an einigen Stellen das Stratum corneum blätterteigartig aufgelockert und mässig verbreitert. In der subpapillären Zone, vereinzelt auch interpapillär bemerkt man das Auftreten kleinster Lymphgefässerweiterungen, die mit einschichtigem Endothel ausgekleidet sind. Die Endothelzellen zeigen theils bauchige ins Lumen vorspringende, theils spindelförmige, mehr oder weniger weit auseinander stehende Kerne. In einigen dieser Lymphgefässe enthält das Lumen Reste einer homogenen körnigen oder scholligen Masse. Hier und da findet man in und neben dieser als geronnene Lymphe aufzufassenden Masse noch einige Lymphocyten mit einem runden Kern. In der Umgebung dieser Lymphangiektasien ist keine Zellinfiltration. An einigen Stellen finden wir auch in den tieferen Coriumschichten einige erweiterte Lymphgefässe von gleicher Beschaffenheit wie die eben erwähnten, an anderen Stellen sehen wir solche Lymphgefässerweiterungen und zwar in grösserem Massstab an der Grenze von Subcutis und Cutis auftreten. Sie bilden den Uebergang zu den grossen Erweiterungen, die sich in den meisten Schnitten, an denen subcutanes Gewebe mitgetroffen ist, in dieser Schichte finden. Das Endothel dieser Hohlräume ist theils einfach mit spindelförmigen Kernen, zum Theil ist es aber in Wucherung begriffen. Zwischen den einzelnen Ektasien, die fast alle leer sind, bemerkt man stellenweise Communicationen in Gestalt feiner, mit einfachem Endothel mit meist ovalen Kernen ausgekleideter Gänge. In der unmittelbaren Peripherie der subcutanen Lymphangiektasien erscheint das subcutane Gewebe verdichtet und stellenweise von grösserer Anzahl meist quer getroffener glatter Muskelfasern, wie sie sich normaler Weise hier finden, durchsetzt. Der Kernreichthum der Subcutis ist im übrigen normal.

Die Blutgefässe des Stratum vasculosum subpapillare finden sich fast durchwegs erweitert, strotzend mit rothen Blutkörperchen gefüllt, in ihrer Peripherie geringe Rundzellenanhäufung. Letztere wird an



einzelnen Partien, je mehr die Schnitte sich dem eigentlichen Cystengebiet nähern, immer stärker, so dass schliesslich ganze Zellinfiltrate in der Nähe der Gefässe sich bemerken lassen. Solche Rundzellenanhäufungen sind auch hier und dort an den Haarbälgen und Talgdrüsen nachweisbar. Im Allgemeinen sind die stärkeren Infiltrationen aber eine Seltenheit, in der Umgebung der kleineren Cysten fehlen sie. Abgesehen hiervon ist der Kernreichthum der Cutis nicht stärker als normal, nur im Papillarkörper lässt sich eine Vermehrung der zelligen Elemente constatiren, von welcher die Zellen mit bläschenförmigen Kernen hauptsächlich betroffen sind. Vereinzelt erscheinen im Bindegewebe in der Nähe von Lymphangiektasien auch die Bindegewebskerne vermehrt. Im subcutanen Bindegewebe sind ebenfalls die Gefässe grösstentheils strotzend gefüllt.

Während wir also in der Umgebung der Cysten in dem Gewebe mit makroskopisch nicht veränderter Oberhaut schon nicht unwesentliche pathologische Veränderungen finden, werden die letzteren noch marcanter im Bereich der grossen oberflächlichen Hohlräume, dem eigentlichen Cystengebiet.

An Stelle der äusserlich sichtbaren Efflorescenzen zeigt uns das Mikroskop ein Conglomerat von einigen oder vielen cystischen Hohlräumen von wechselnder Grösse und Gestalt, welche mit einem einschichtigen Endothel mit in der Regel weit auseinander stehenden etwas platt gedrückten oder auch ovalen, leicht vorspringenden Kernen ausgekleidet sind. Ihr Inhalt ist sehr verschiedenartig. In einem geringen Theil ist derselbe wahrscheinlich bei der Präparation ausgefallen und die Cysten sind leer, in dem weitaus grössten Theile besteht er aus geronnener Lymphe. Dieselbe ist entweder in feiner netzartiger oder zart granulirter Anordnung über einen mehr oder weniger grossen Abschnitt des Hohlraumes oder über das ganze Lumen desselben verbreitet, wobei in den mit Alkohol gehärteten Schnitten die Netzfäden deutliche Fibrinreaction mit der Weigert'schen Methode zeigen, oder sie liegt mehr in homogenen gelblichen, scholligen Massen in den Cysten, in diesem Fall meist nur einen Theil dieser ausfüllend. Ein anderer, ziemlich regelmässiger Befund im Inhalt sind in geringer Anzahl vorhandene Lymphocyten mit einem runden Kern, die einzeln, zerstreut oder in kleinen Gruppen meist an der Peripherie der Cysten sich vorfinden, hauptsächlich an der nach der Cutis zugelegenen Seite. In einigen Cysten finden sich auch durch die Lymphe in geringer Anzahl zerstreut rothe Blutkörperchen, in einzelnen anderen, die makroskopisch eine rothe Färbung erkennen liessen, grosse Haufen von rothen Blutkörperchen, fast regelmässig am Boden der Cyste liegend und nicht gemischt mit der in der gleichen Cyste befindlichen Lymphe. Eine ähnliche Mischung von Blut und Lymphe, wie sie einige Autoren, u. A. auch Freudweiler gesehen haben, war in meinen Präparaten nirgendswo nachzuweisen.

Ein allerdings in nicht allen, aber doch in der Mehrzahl der Cysten beobachteter Befund bildeten grosse, meist kreisrunde Zellen mit einem und mehreren, bis vielen ovalen bläschenförmigen

Kernen, die sich nicht so intensiv als die Kerne der Rundzellen und Lymphocyten färbten. Die Grösse der Zellen schwankte zwischen der doppelten bis zur circa zehnfachen Grösse der Lymphocyten. Das bei schwacher Vergrösserung feinkörnig aussehende Protoplasma, welches Eosin- und Pikrinfärbung gut annahm, zeigte bei stärkerer Vergrösserung und Ueberfärbung ein feines Maschenwerk. Die grösseren mehrkernigen dieser Zellen gleichen Riesenzellen. Sie lassen manchmal neben ihren Kernen Vacuolen von Grösse der Kerne erkennen, als ob hier solche ausgefallen wären. Es handelt sich offenbar um abgestossene Endothelzellen, die in wahscheinlich fettiger Degeneration begriffen und aufgequollen sind. Man findet sie theils ganz einzeln, theils in Gruppen zusammenliegend, oft gemischt mit Lymphocyten, durch ihr Aussehen auffallend sich von diesen unterscheidend. Auch sie liegen, wenn auch nicht immer, grösstentheils isolirt, oder in Lymphe eingebettet an der Basis der Cysten in der Nähe der Peripherie, dort wo ein Abschlussrohr der Cyste erkennbar ist, oft am Anfang desselben oder sogar in demselben. Da wir diesen Zellen in allen lymphatischen Gängen und Erweiterungen der tieferen Hautschichten öfters wieder begegnen, so wurde auf dieselben eine besondere Aufmerksamkeit verwandt.

Der Sitz der Cysten ist in der Hauptsache in der subpapillären Schicht und in dem Papillarkörper. Im Beginn geht die cystische Erweiterung in letzteren nicht über die Hälfte der Papillenhöhe und liegt stets median. Oft erscheint aber eine Papille, die gleichzeitig verbreitert sein kann, vollkommen von einer Cyste ausgefüllt, doch bemerkt man bei näherer Beobachtung, dass zwischen Epidermis und Cystenwand überall noch eine, wenn auch noch so dünne Schicht Bindegewebe übrig geblieben ist.

Die Epidermis über dem Cystengebiet ist im Allgemeinen etwas verschmälert, dort wo Cysten im Papillenkörper die Epidermis stärker vorgewölbt haben, besteht dieselbe oft nur noch aus zwei bis drei Zellagen. Auch das Stratum corneum ist hier meist verdünnt. Die Epidermiszapfen des Rete werden von den Cysten des Papillarkörpers bei Seite gedrängt, so dass die nächsten Zapfen öfters sehr dicht stehen, besonders wo eine andere papilläre Cyste in der Nähe ihrerseits einen Gegendruck ausübt. Die Cysten sind von einander geschieden durch mehr weniger breite Bindegewebssepten. Dieselben verschmälern sich beim Wachsthum der Cysten immer mehr und mehr, bis sie nur noch aus einer ganz feinen, fibrillären Zone zwischen dem Endothel und der Cysten bestehen. Auch diese reisst dann ein und man sieht als Ueberbleibsel jener Septen dann noch landzungenförmige, oder wie Töröck (14) sehr gut sagt, sporenartige Reste der Septen in das Lumen vorspringen. Die Gestalt der Cysten ist eine sehr verschiedene. Während diejenigen im Papillarkörper sehr oft eine birnförmige, mit der Spitze gegen die Subcutis gerichtete Figur bilden, scheinen die tiefer liegenden Cysten immer mehr eine zur Oberfläche parallele Richtung einnehmen zu wollen.



Aus den Serienschnitten geht hervor, dass die grösste Ausdehnung der Cysten in der Spaltrichtung der Haut liegt und dass sie in dieser ihrer Längsrichtung häufig in Buchten sich theilen, die in dem einzelnen mikroskopischen Schnitt, dann zwei oder mehrere, durch Septen von einander getrennte Hohlräume darstellen. Im Uebrigen kann man häufig Communicationen zwischen den einzelnen Cysten nachweisen, in Form mehr oder weniger schmaler Lymphgänge, die mit einschichtigem Endothel besetzt sind. Diese Communicationen gehen in der Regel nicht unvermittelt von der Cystenwand ab, sondern das Lumen der Cyste verschmächtigt sich trichterförmig und das Endothel der Cyste geht in das des Lymphganges direct über.

Betrachten wir nun das Blutgefässsystem im Bereiche der papillären und subpapillären Cysten, so sehen wir erweiterte, strotzend gefüllte Gefässe, deren Umgebung besonders in der Nähe grösserer Cysten mit reichlichen Rundzellen infiltrirt ist. Das Nachbargewebe weist zahlreiche junge Bindegewebszellen auf. In der Nähe der kleineren Cysten ist die Rundzelleninfiltration um die Gefässe und das Vorkommen junger Bindegewebszellen gering. Im Papillarkörper sind die Capillaren erweitert und gut gefüllt. Durch die Cysten sind sie hier und da an die Epithelzapfen wandständig herangedrängt, wo sie dann zahlreich neben einander liegen. Oft werden sie auch durch die wachsende Cyste so beengt, dass nur noch die Endothellage sie von dem Cystenlumen trennt. Auch diese kann usurirt werden und es erfolgt ein Bluterguss in die Cyste. Der Zellreichthum des die Cystenconvolute umgebenden Bindegewebes ist, abgesehen von den stark verschmächtigten Septen, meist vermehrt durch Zunahme von einkernigen Rundzellen und jungen, bläschenförmigen Bindegewebszellen.

Die nach Unna mit polychromem Methylenblau sich different färbenden sogenannten Mastzellen sind im Bereich der grösseren Cysten in geringerer Vermehrung nachweisbar. Hier und da kann man kleinere Hämorrhagien im Gewebe beobachten.

Unterhalb und seitlich des Cystenconglomerates findet man das zum Stratum vasculosum subpapillare gehörige Lymphgefässnetz, soweit es nicht direct bei der Cystenbildung mitbetheiligt ist, theilweise erweitert. Die Erweiterungen betreffen nicht die ganze Länge der Gefässe, sondern nur kurze Strecken, zwischen denen gar nicht oder gering erweiterte Verbindungen bleiben. Die Ektasien sind mit einschichtigem Endothel mit spindelförmigen oder mehr ovalen Kernen ausgekleidet. Ihr Inhalt besteht zum Theil aus geronnener Lymphe meist zu homogenen gelblichen amorphen Schollen geronnen und aus einzelnen Lymphocyten. Häufig findet man auch die oben beschriebenen grossen Endothelzellen, stellenweise füllen sie die kleinen Ektasien aus. An einzelnen Schnitten sieht man sogar ein längs getroffenes, stark erweitertes Lymphgefäss in der oberen Cutis auf eine grössere Strecke vollkommen verstopft mit diesen Zellen, vermischt mit Lymphocyten. Es erinnert genau an einen Thrombus, nur dass statt der rothen Blutkörperchen Endothelzellen bei



der Thrombusbildung betheiligt sind. Das Endothel des Lymphrohres ist dabei normal, die Kerne sind spindelförmig, in der Peripherie desselben lässt sich keine entzündliche Infiltration nachweisen. Bei anderen Lymphgefässen liegen solche abgestossene Endothelien nur an den engeren Stellen, während die stärker ektasirten keine aufweisen.

Die Veränderungen in den tieferen Coriumschichten sind weniger auffallend. Der Zellreichthum des Bindegewebes ist ziemlich normal, ebenso das Vorkommen der U n n a'schen Mastzellen. Grosse Rundzelleninfiltrationen finden sich um einzelne Haarbälge und Talgdrüsen. Daneben bemerkt man auch hier an zerstreuten Stellen im Gewebe kleinere und grössere hämorrhagische Herde. Auch Erweiterungen von Lymphgefässen fehlen nicht. So kann man einzelne vom Corium nach dem subcutanen Gewebe hinziehende, schräg zur Oberfläche verlaufende, mässig erweiterte Lymphgefässe beobachten, die mit normal aussehendem Endothel, mit weit auseinander stehenden spindeligen Kernen ausgekleidet sind, und in ihrem Lumen theils einzeln, theils gehäuft jene geschilderten grossen Endothelzellen neben wenigen Lymphocyten enthalten.

An der Grenze von Cutis und Subcutis beginnen wieder grössere Erweiterungen des Lymphgefässsystems, die mehr eine zur Hautoberfläche paralelle Längsausdehnung haben. Sie sind mit ovale oder spindelige Kerne zeigenden Endothelzellen ausgekleidet und ihr Inhalt besteht theilweise aus netzförmig geronnener Lymphe, theils ist er ausgefallen und das Lumen ist leer. Das an diese Hohlräume sich anschliessende subcutane Gewebe ist verdichtet und zellreicher. Stellenweise lassen sich auch zwischen den Hohlräumen zur Oberfläche parallellaufende Communicationen erkennen. In anderen Schnitten wieder glaubt man deutlich in den tieferen Coriumschichten in der Höhe der Talgdrüsen, sowie in der Subcutis eine Neubildung feinster Lymphgänge zu sehen, die scheinbar aus bestehenden Lymphgefässen seitlich hervorsprossen.

In der Subcutis treffen wir unterhalb des Cystengebietes immense Erweiterungen der Lymphgefässe, sie erscheint vollständig durchlöchert und erinnert stark an die Abbildung Z i e g l e r's 15) von Lymphangioma cavernosum subcutaneum.

Die lymphatischen Hohlräume sind verschiedenartig gestaltet, meist länglich, aber auch rund, geschlängelt und in zwei oder mehrere Buchten sich theilend. Ihre Längsrichtung verläuft im allgemeinen parallel zur Hautoberfläche, ihr Inhalt ist der gleiche wie in den übrigen Ektasien. In einigen finden sich die schon oben beschriebenen grossen aufgequollenen Endothelzellen. Die Wandung der meisten dieser Hohlräume wird von in starker Wucherung begriffenem Endothel gebildet, dessen meist ovale Kerne dicht gedrängt stehen und stark ins Lumen vorspringen. Stellenweise erscheinen die Endothelzellen aufgelockert, oft mit zwei Kernen versehen und haben hier schon eine gewisse Aehnlichkeit mit den in Verfettung begriffenen abgestossenen Endothelien. In der nächsten Umgebung der Lymphgefässektasien ist das subcutane Bindegewebe stark sclerosirt und mit Muskelfasern durchsetzt. Doch



finden sich daneben wieder andere Hohlräume, deren Endothel nur wenig oder gar keine Wucherung aufweist, und dessen spindelförmige Kerne nicht so dicht gedrängt stehen. Auch ist die Verdichtung des angrenzenden Gewebes hier nicht so ausgesprochen. Ueberhaupt lässt sich constatiren, dass das umgebende Gewebe desto stärker verdichtet ist, je mehr die auskleidenden Endothelzellen Proliferation zeigen. Auch sind in diesem Fall die elastischen Fasern des verdichteten Bindegewebes wahrscheinlich durch Compression dichter angeordnet. Zwischen den grossen Hohlräumen sieht man öfters einzelne feine mit einfachem Endothel ausgekleidete Lymphgänge, andere Communicationen in Gestalt langgestreckter Gänge zeigen wiederum ein in Wucherung begriffenes Endothel. Die Blutgefässe, selbst die kleinsten, sind überall prall gefüllt.

In einigen Schnitten ist eine quergetroffene Lymphangiektasie sichtbar von runder, in anderen Schnitten mehr länglicher Gestalt, mit einfachem nicht sehr dicht stehendem Endothel. Ihr Lumen ist fast vollständig ausgestopft mit jenen grossen gequollenen Endothelzellen, welche zum grössten Theil mehr wie einen Kern besitzen.

Einige Lymphocyten liegen zwischen ihnen (s. Fig. IV u. V). Es macht den Eindruck, als ob der Inhalt des Lymphgefässes sich zur Thrombosirung anschickte. Die Beschaffenheit der Wandung deutet darauf hin, dass die Endothelzellen nicht an Ort und Stelle abgestossen und liegen geblieben sind, sondern dass sie von einem höher gelegenen Ort mit dem Lymphstrom hierher verschleppt worden sein müssen.

An einer anderen Stelle des excidirten Hautstückes, in einer Reihe mikroskopischer Schnitte sichtbar, makroskopisch eben noch in Grösse eines feinen Stecknadelkopfes bemerkbar, liegt in der Subcutis nahe der unteren Cutisgrenze eine rundliche, nach aussen ziemlich scharf durch verdichtetes Bindegewebe abgegrenzte, tumorähnliche Gewebspartie, die aus einer durch mehr oder weniger dünne Septen getrennten Masse kleiner Hohlräume von theils rundlicher, theils ellipsenförmiger oder unregelmässig spaltförmiger Gestalt zusammengesetzt ist (s. Fig. Nr. VI). Das Lumen dieser Hohlräume variirt in seiner Ausdehnung zwischen grösseren mehr in der Peripherie gelegenen und sehr kleinen und schmalen, die meist centralwärts liegen. Der verhältnissmässig grösste Hohlraum liegt an der Grenze des Tumors nach den ektatischen Partien der Subcutis zu und ist in seinem Innern, ebenso wie einige der kleineren Hohlräume, mit einzelnen der beschriebenen grossen, hier meist mehrkernigem, frei im Lumen liegenden Endothelzellen versehen. Vereinzelt sieht man auch einen kleinen Hohlraum ganz von ihnen ausgestopft. Bei den übrigen ist das Lumen sonst leer oder man findet Lymphocyten in geringer Anzahl oder auch geronnene Lymphe. Ausgekleidet sind die Hohlräume meistens mit in Wucherung befindlichem Endothel, dessen Kerne dicht stehen und bauchig in das Lumen vorspringen. Die die Hohlräume trennenden Septen sind dort, wo sie noch eine grössere Breite besitzen, mit einer dünnen Bindegewebsschicht in der Mitte zwischen den seitlichen Endothellagen ausgestattet. Je dünner die Septen werden,

umso mehr schwindet der bindegewebige Streifen, bis er überhaupt nicht mehr nachweisbar ist. Die beiderseitige Endothellage schmilzt alsdann zu einer einfachen zusammen, welche schliesslich usurirt und durchbrochen wird. Im Uebrigen ist das interstitielle Gewebe der tumorartigen Partien stark infiltrirt. Es finden sich neben Rundzellen auch viele junge Bindegewebszellen. Die Umgebung ist, wie oben erwähnt, von kernreichen, verdichteten Subcutisgewebe gebildet. Innerhalb und jenseits desselben bemerkt man eine grosse Zahl zum Theil quer getroffener, mehr oder weniger erweiterter Lymphgefässe, so dass es den Anschein gewinnt, als ob der Tumor hier im Wachsthum begriffen wäre. Nach dem ektasirten Gewebe der Subcutis zu lassen sich vom Tumor aus einige Lymphwege verfolgen. Es besteht offenbar zwischen diesen Gebieten Communication. Unna'sche Mastzellen finden sich im Tumorgebiet fast gar nicht, desto häufiger aber in dessen Umgebung. Die elastischen Fasern sind innerhalb der tumorartigen Partien fast verschwunden, nur undeutliche Reste sind spärlich noch sichtbar, dagegen sind sie rings um den Tumor herum, meist innerhalb des erwähnten verdichteten Bindegewebes in Massen wallartig zusammengeschoben vorhanden.

Im Anschluss hieran will ich noch erwähnen, dass in dem untersuchten Stück die elastischen Fasern im ganzen Corium normal vertreten sind. Auch in der Cystengegend finden sie sich selbst noch in den feinsten Septen, in den sporenartigen Stümpfen der durchbrochenen Septen und auch in der äusserst dünnen Bindegewebsschicht, welche zwischen Cystenwand und Epidermis übrig geblieben ist. Während in den Papillen ihre Verlaufsrichtung, abgesehen von Verbindungsfasern, jener der Papillen selbst folgt, sind sie hier in den Papillen durch die subepidermoidalen Cysten aus ihrer Richtung hinweg getrieben, so dass sie mehr dem inneren Rand der Epidermis parallel laufen (s. Fig. III). An den breiteren Septen des Cystengebietes scheinen sie zu grösseren Mengen zusammengedrängt zu sein, in den feinen Septen werden ihre Conturen und ihre Färbung etwas undeutlicher.

An den Nerven konnten keinerlei Veränderungen nachgewiesen werden.

Nachdem schon makroskopisch eine Verwechslung mit anderen Hautveränderungen durch das klinische Aussehen und Verhalten der Efflorescenzen nicht möglich war, speciell in unserem Fall dieselben als ein Symptom der bestehenden Lues in keiner Weise angesprochen werden konnten, sò zeigte uns die histologische Untersuchung der Cysten, dass die Diagnose Lymphangioma circumscriptum cutis vollständig gerechtfertigt war. Denn das Bild, welches das Mikroskop uns zunächst von dem Cystengebiet entwirft, ist im wesentlichen so übereinstimmend mit allen bisher veröffentlichten histologischen



Beschreibungen des Lymphangioma circumscriptum, dass darüber kein Zweifel herrschen kann. Auch der Sitz der befallenen Region ist in unserem Fall kein auffälliger, da sie meistens, wie Brocq und Bernard (8) erwähnen, am Hals, der Ansatzgegend der oberen und unteren Extremitäten und um die Genitalien herum ihren Lieblingssitz haben. Die Frage, inwieweit die gerade an diesen Stellen auch vorkommenden grösseren Lymphdrüsengruppirungen bei der Entstehung mitzusprechen haben, möchte ich nicht in Discussion ziehen, da hierüber keine Anhaltspunkte vorliegen. Doch liesse sich vielleicht das Aufschiessen der Bläschen auf ganz umschriebenen Hautstellen durch die Miterkrankung der die Lymphe aus dem ergriffenen Hautgebiet auffangenden Lymphdrüse erklären. Andererseits spricht wieder die starke Anastomosirung zwischen den Lymphcapillaren hiergegen.

Das uns vorliegende Lymphangiom ist nach der Unna-schen Eintheilung (16) unter die Classe „Lymphangioma superficiale auf der Basis tiefliegender, lymphektatischer Processe" zu zählen. Etwas Aehnliches, wie das in meinen Präparaten vorgefundene tumorartige Gebilde in der Subcutis, welches histologisch den Eindruck eines Lymphangioma simplex im Sinne Wegener's macht, ist bisher, soweit mir die Literatur zur Verfügung stand, beim Lymphangiom noch nicht beschrieben worden. Ob es sich hierbei um eine primäre Tumorbildung handelt, unter deren Einfluss dann erst die Lymphektasien der Subcutis und des Papillarkörpers sich gebildet haben oder ob es eine Begleiterscheinung der allgemeinen Anlage zu Proliferation des Lymphsystems darstellt, wage ich nicht mit Sicherheit zu entscheiden. Ich komme weiter unten noch einmal darauf zurück.

Obwohl die Hautveränderung seit vielen Jahren besteht und der Patient erst seit einigen Monaten syphilitisch inficirt ist, könnte man doch die Frage aufwerfen, ob die Lues bei den pathologischen Veränderungen meines Falles betheiligt ist. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass die zelligen Infiltrationen um die Gefässe und in deren nächster Nähe mit der Syphilis in directem Zusammenhang stehen, da sie einerseits mit den Befunden bei der Roseola syphilitica vollkommen correspondiren,

andererseits in ähnlicher Ausbreitung in früher untersuchten Fällen nicht nachweisbar waren. Bezüglich der Lymphwege und ihrer Veränderungen müssen wir einen derartigen Zusammenhang aber in Abrede stellen, denn die Beschreibungen von durch Syphilis entstandenen Veränderungen der Lymphgefässe decken sich im Allgemeinen nicht mit unseren Befunden und weisen besonders keine Analoga unserer mehrfach erwähnten eigenthümlichen Endothelzellen auf. Es liegt daher kein Grund vor, anzunehmen, dass diese abgestossenen grossen Zellen auf die Syphilis des Patienten zurückzuführen sind. Sie stellen vielmehr einen Befund der eigentlichen Lymphangiombildung dar. Schon Török (14) erwähnt, dass in einzelnen Hohlräumen des von ihm untersuchten circumscripten Lymphangioms sich „Riesenzellen, das heisst grosse Zellen mit körnigem Protoplasma und bis zu zwölf wohlgeformten bläschenförmigen Kernen" fanden. Sie lagen zum Theil der Wand an, bei anderen war es jedoch nicht mit Sicherheit zu bestimmen, ob sie dem Wandbelag oder dem Inhalt zuzurechnen seien. Auch Freudweiler (1) traf in seinen Präparaten schon Gruppen von vier bis sechs grossen Endothelkernen an der Wand der Cyste anliegend oder in ihrer unmittelbaren Nähe, die in einem nicht deutlich in Zelleibe gefelderten Protoplasmahaufen eingebettet waren und den Eindruck von Riesenzellen machten. Da diese scheinbaren Riesenzellen nach ihrer Beschreibung eine grosse Aehnlichkeit mit den von mir beschriebenen grossen Endothelzellen zeigen, so gehe ich wohl nicht fehl, wenn ich annehme, dass diese von Török und Freudweiler erwähnten Zellen identisch mit den in meinen Präparaten vorkommenden sind, umsomehr, da ich durch Untersuchung einiger Schnitte des Freudweiler'schen Falles, die mir zur Verfügung standen, mich von der Richtigkeit meiner Annahme überzeugen konnte.

Warum die abgestossenen Endothelien mehrere, ja oft sehr viele Kerne zeigen, dafür wären zwei Erklärungen zu geben. Zunächst könnte man annehmen, dass während des degenerativen Processes der abgestossenen, oder in Abstossung begriffenen Zellen eine Kerntheilung, die sich öfters wiederholte, stattfände, eine Hypothese, die durch die Angaben von Brosch (17) dass sich Riesenzellen aus Endothelzellen der Gefässe bei



Obliteration oder Ektasien bilden können, gestützt wurde. Da ich aber in keinem Kern Anzeichen einer Mitose erkennen konnte, so halte ich die zweite Erklärung für wahrscheinlicher, dass gleichzeitig sich von der Wand des Lymphgefässes mehrere Endothelzellen abstossen, deren Zellgrenzen in Folge degenerativer Vorgänge verschmelzen und deren Protoplasma in einander fliesst und so eine Zelle mit mehreren Kernen bilden. Dafür spricht auch, dass meist die grösseren Zellen mehr Kerne haben als die kleineren, und dass man nicht selten Conglomerate von degenerirten Endothelien sieht, an welchen das Protoplasma theilweise völlig confluirt ist, während an anderen Stellen noch Andeutungen der Zellgrenzen mehr minder sicher erkennbar sind.

Wenn wir nun kurz den Befund der histologischen Untersuchung recapituliren, dass sich sowohl im Corium als auch in der Subcutis einzelne Lymphgefässe finden, die ganz oder theilweise durch Endothel verstopft sind und andere engere Lymphgefässe an ihren schmälsten Partien Anhäufung solcher abgestossener aufgequollener Zellen zeigen, schliesslich in ganz feinen Gefässen mit normalem spindeligen Endothelbelag dieselben hier und da einzeln das Gefässlumen ausfüllend, zu constatiren sind, so scheint mir daraus hervorzugehen, dass diese degenerirten Endothelzellen erstens einmal durch den Lymphstrom von dem Ort ihrer Entstehung hinweggeschwemmt werden können und zweitens durch ihre Ansammlung an engen Stellen des Lymphgefässsystems ganz gut eine Lymphstauung in den peripheren Partien zu Stande bringen können, ein Moment, das zur weiteren Proliferation des Lymphgefässendothels Anlass geben und eine Abschwächung und Verminderung dieses Zustandes verhindern könnte.

Die Frage, ob es sich bei der vorliegenden pathologischen Veränderung lediglich um eine einfache Ektasie oder um eine mit Ektasie einhergehende Neubildung handelt, ist in den früheren Publicationen eingehend und zu wiederholten Malen erörtert worden. Fast alle Autoren sind sich darüber einig, dass hier eine mit Lymphgefässektasie combinirte Neoplasie vorliegt und auch ich muss mich dieser Ansicht anschliessen, auf Grund der Proliferationserscheinungen der Endothelien





des Lymphgefässsystems und der Beobachtung von Bildung endothelbelegter Spalten im Bindegewebe. Die von Török, Heuss und Anderen angegebene Begründung, die sich auf die Angabe Birsch-Hirschfeld's (18) und Teichmann's (19) stützt, scheint mir weniger unanfechtbar. Nach Birsch-Hirschfeld ist die Bezeichnung Lymphangiom nur dann berechtigt, wenn Geschwülste durch erweiterte Lymphgefässe gebildet werden, die normaler Weise an der betreffenden Stelle nicht präformirt sind und nach Teichmann reichen die Lymphgefässe an einzelnen Stellen, wie besonders an Hand und Fuss nur bis zur halben Höhe der Papillen oder etwas darüber. Da nun die oben citirten Beobachter in ihren Präparaten Spalten und Hohlräume fanden, die bis in die Spitze der Papillen liefen oder die ganze Papille einnahmen, vereinzelt auch mehrere Spalten in einer Papille gefunden wurden, so schlossen sie daher auf eine Neoplasie. Meines Erachtens ist nun aber einmal die Kenntniss der Lymphcapillaren in den Papillen noch nicht genügend geklärt, da die Untersucher zu divergirenden Resultaten gelangten. Zweitens wird bei dem Vorgang der Ektasien in den Papillen das Bindegewebe bei Seite gedrängt und es werden so schliesslich auch Lymphgefässektasien an Stellen liegen können, an denen normaler Weise präformirte Lymphgefässe nicht vorkommen. Man wird doch auch ein Aortenaneurysma z. B., welches durch seine übermässige Ausdehnung schliesslich in Gegenden zu beobachten ist, wo man normaler Weise Lungengewebe oder womöglich Knochensubstanz vorfindet, niemals als eine Neoplasie ansehen. Die Unna'sche Erweiterung des Birsch-Hirschfeld'schen Begriffes durch den Zusatz, dass schon die blosse Vermehrung der Wandungselemente der Lymphgefässe zur Stellung der Diagnose Lymphangiom genüge, scheint mir vollkommen den Thatsachen entsprechend.

Die Bilder, die die makroskopisch-hämorrhagisch aussehenden Stellen der Cysten unter dem Mikroskop zeigten, dass an einzelnen Schnitten das Einfliessen von rothen Blutkörperchen in mit Lymphe gefüllte Cysten beobachtet wurde, geben neuen Grund, die Ansicht Besnier's (20), dass es sich um veränderte Hämangiektasien handele, die bereits von



Freudweiler und Wälsch widerlegt wurde, zu bestreiten. Wir finden einzelne rothe Blutkörperchen auch in den Lymphektasien der Subcutis, wohin sie auf dem Lymphwege von den subepidermoidalen Cysten hingelangt sein können. Bei den starken Erweiterungen im subcutanen Bindegewebe unseres Falles wäre die Annahme, dass auch hier Blutgefässe durch die Ektasien usurirt seien, nicht von der Hand zu weisen. Die grösseren Blutcoagula sprechen dafür.

Die Beziehungen der Lymphgefässveränderungen zu der in unseren Präparaten überall auffallenden Hyperämie der Blutgefässe wollen wir wegen der vorliegenden syphilitischen Erkrankung und ihres wahrscheinlichen Zusammenhangs mit derselben nicht weiter erörtern.

Wir müssen die Hyperämie als Nebenbefund betrachten, da ja andere Autoren, z. B. Freudweiler nirgends Erscheinungen von Entzündung wahrgenommen haben, obwohl der Fall des Letzteren in einem acuten, progressiven Stadium sich befand, während bei meinem Patienten der Zustand von Kindheit an ohne Veränderung existirt hatte. Eine Controlle der Freudweiler'schen Präparate überzeugte uns neuerdings von der Richtigkeit unserer Ansicht.

Wenn wir nun zum Schluss noch die Frage der Aetiologie unserer Hautaffection berühren, so müssen wir uns sagen, dass es bei dem jetzigen Stand unserer Kenntnisse noch nicht gelungen ist, ein abschliessendes Urtheil über diesen Punkt abzugeben, sondern dass wir grösstentheils auf mehr minder begründete Hypothesen angewiesen sind. Die primäre Ursache scheint mir nach meinen Untersuchungen und in Uebereinstimmung mit den meisten neueren Beobachtern in einer progressiven Bildungsanomalie des Lymphgefässendothels in einer Anlage zur localen Wucherung dieser Endothelien zu liegen, die sich dann auch in einer Neubildung von frischen Lymphgefässen offenbart, für deren Entstehungsmodus mir die Ansicht Wegener's (homöoplastische Bildung durch Sprossung) nach meinen Präparaten am plausibelsten scheint, ohne die Ansicht von Rindfleisch und andererseits von Billroth, Virchow, Winiwarter und Weichselbaum ganz von der Hand zu weisen. Wir wollen in Anbetracht des Umstandes,

dass unsere Kenntnisse über die normalen Lagerungs- und Ausbreitungsverhältnisse der Lymphwege noch nicht genügend geklärt sind, unsere als Neubildung und Sprossungserscheinungen aufgefassten Bilder nicht als direct beweisend hinstellen, wohl aber scheint uns der in unserem Falle vorhandene Lymphgefässtumor direct für einen activen Wucherungsprocess innerhalb des Lymphgefässsystems zu sprechen.

Die locale Gewebsveränderung verlegt Nasse in die embryonale Entwicklungszeit.

Nach allen bisherigen Theorien erscheint es aber nothwendig, neben der Neubildung von Lymphgefässen, stärkerer Proliferation der Endothelien u. s. w. auch noch eine Ursache für die Erweiterung der Lymphräume anzunehmen. Es ist bisher nicht gelungen, den Nachweis eines Stauung, resp. erhöhten Druck in den Lymphräumen hervorrufenden Momentes zu erbringen. Ein solches Moment wäre durch seinen, auf das Gewebe ausgeübten Reiz geeignet, die fortgesetzten Wucherungsvorgänge im Endothel zu erklären. Gleichzeitig könnte es zur Erklärung für eine in späterer Zeit entstehende Wucherung einer bis dahin unthätig gewesenen embryonalen Anlage verwandt werden.

Die subcutanen, ektatischen Processe, wie sie abgesehen von meinem Fall unter anderen auch in den Fällen von Heuss (3), im ersten Fall von Schmidt (21) und von Pawlow (4) beschrieben wurden, sind nach meiner Ansicht wohl mehr als parallellaufende Processe im Subcutangewebe wie als Ursachen der subepidermoidalen Lymphangiome anzusehen, da sie ja in anderen Fällen, wie z. B. dem Freudweiler'schen fehlen.

Unsere Untersuchung ergibt zwei Momente, welche eine Stauung im Lymphsystem erklären könnten. Einerseits könnte dem in meinen Präparaten gefundenen tumorartigen Gebilde eine solche Wirkung zugeschrieben werden. Doch glaube ich mit Rücksicht auf dessen Kleinheit und auf die vielen Communicationen zwischen den Lymphgefässen von dieser Annahme absehen zu können. Andererseits erscheint mir aber der in unserem Falle so auffällige Befund von abgestossenen degene-

rirten Endothelien, welche manche Strecken der Lymphwege förmlich obliteriren, von wesentlich höherer Bedeutung. Durch eine derartige Verlegung der Lymphwege muss unbedingt eine Stauung und ein erhöhter Druck in dem vorliegenden Lymphgefässgebiet eintreten. Wenn wir auch annehmen müssen, dass diese Stauung durch Entwickelung von Collateralbahnen und durch das Zugrundegehen der Endothelthromben nur zeitweilig wirksam ist, muss doch die Annahme andererseits berechtigt erscheinen, dass sich bei der fortwährenden Ueberproduction und Abstossung von Endothel die Verstopfungen häufig wiederholen werden. Hiermit mag in Zusammenhang stehen, dass von einzelnen Beobachtern keine Ansammlung solcher abgestossener Endothelien, von Anderen hingegen doch eine solche als Bildung von Riesenzellen imponirende constatirt wurde, während in unserem Falle dieser Process, wie erwähnt, sich bis zur völligen Ausfüllung einzelner Lymphwege gesteigert hatte. Auf diesen Befund hin wollen wir keineswegs eine Entscheidung der ätiologischen Frage wagen, glauben aber, dass in künftigen Fällen diesem Verhalten der Endothelien besondere Aufmerksamkeit zugewendet werden sollte.

Literatur.

1. Freudweiler. Lymphangioma circumscriptum s. cystoides cutis. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Band XLI.

2. G. Sultan. Ueber Lymphangioma. Inaugural-Dissertation. Königsberg 1891.

3. Heuss. Lymphangioma circumscriptum cysticum. Monatshefte für Dermatologie, Band XXIII.

4. Pawlow. Lymphangioma cutis circumscriptum. Monatshefte für Dermatologie, Band XXIX.

5. Wälsch. Ueber das Lymphangioma cutis cysticum circumscriptum. Archiv für Dermatologie, Band LI.

6. Referat über die Sitzung der Londoner dermatologischen Gesellschaft von 8. December 1897. Monatshefte für Dermatologie, Band XXVI.

7. Referat in Annales de Dermatologie 1898, pag. 1155.

8. Brocq et Bernard. Sur le Lymphangiome circonscrit de la Peau et des Muqueuses. Annales de Dermatologie 1898.

9. J. C. White. Lymphangiom der Labia majora. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. Februar 1898). Referat im Archiv für Dermatologie, Band L.

10. Kaposi. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 5. Auflage, pag. 795.

11. A. Malherbe et H. Malherbe. Sur un cas curieux de Lymphangiektasie. Annales de Dermatologie, 1896.

12. Brit. med. Journal 1896 u. 1897. Referat in den Monatsheften für Dermatologie, Band XXV u. XXVII.

13. Referat in den Monatsheften für Dermatologie, Band XXIX, pag. 519.

14. Finch, A. Noyes und L. Török. Lymphangioma circumscriptum. Dermatologische Monatshefte, Band XI.

15. E. Ziegler. Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. 6. Auflage, pag. 452.

16. Unna. Die Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894.

17. Brosch. Zur Frage der Entstehung der Riesenzellen aus Endothelien. Referat im Archiv für Dermatologie, Band XXXIX, pag. 254.

18. Birsch-Hirschfeld. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Band II, pag. 176.

19. A. Kölliker. Handbuch der Gewebelehre. 1889, pag. 168.

20. Besnier et Doyon. Pathologie et traitement des maladies de la peau par Kaposi. 1891, Band II, pag. 366.

21. A. Schmidt. Beiträge zur Kenntniss der Lymphangiome. Archiv für Dermatologie. Jahrgang 1900.



Erklärung der Abbildungen auf Tafel XIII—XV.

Figur 1. Localisation der Lymphcystengruppe auf der äusseren Haut.

Figur 2. Mikroskopisches Uebersichtsbild einiger papillären und subpapillären Lymphcysten.

a) Lymphcysten zum Theil mit geronnener Lymphe gefüllt.

b) Grosse, abgestossene, gequollene Endothelzelle mit mehreren Kernen in einer Cyste liegend.

c) Geringe Rundzelleninfiltration um ein kleines Gefäss.

Figur 3. Lymphcystenpartie mit elastischer Fasernfärbung.

a) Lymphcysten.

b) Dünnes Septum zwischen zwei Lymphcysten mit elastischer Faser.

c) Sporenartiger Rest eines usurirten Septums mit elastischen Fasern.

d) An die Epidermis herangedrängte elastische Fasern.

e) Abgestossene Endothelzellen im Cystenlumen.

Figur 4. Uebersichtsbild einer Partie aus der Subcutis.

a) Lymphangiektasien der Subcutis.

b) Quergetroffenes erweitertes Lymphgefäss, fast verstopft mit abgestossenen meist mehrkernigen Endothelien.

c) Längsgetroffenes Blutgefäss.

Figur 5. Quergetroffenes Lymphgefäss bei der Figur 4 in starker Vergrösserung.

Massenhaft grosse, gequollene Endothelzellen mit meist mehreren Kernen. Einige Zellen zeigen die erwähnten Vacuolen, dazwischen Lymphocyten in mässiger Anzahl. Endothel des Lymphgefässes normal.

Figur 6. Abbildung des tumorartigen Gebildes in der Subcutis.

a) Umgebendes verdichtetes Bindegewebe.

b) Grösserer Hohlraum, innerhalb desselben einige der beschriebenen Endothelzellen mit mehreren Kernen.

c) Kleinere Hohlräume mit zum Theil usurirten Septen.



Fig 1.

Fig. 2.

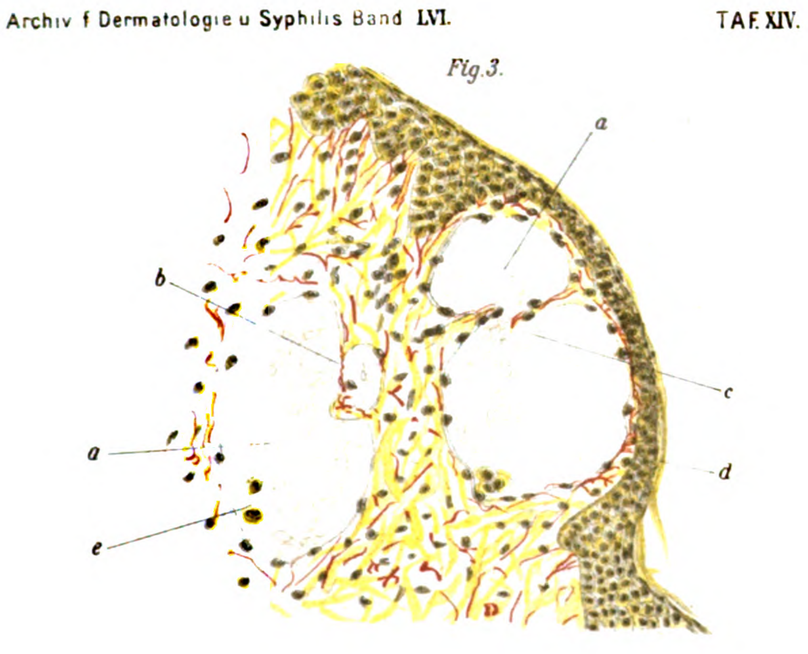
a

b

c

c

Schnabel Lymphangioma circumscriptum cutis





Schnabel · Lymphangioma circumscriptum cutis

Aus der Kgl. dermatologischen Universitätsklinik des Herrn Geheimrath Prof. Dr. Doutrelepont zu Bonn.

Epithelioma adenoides cysticum.

Von

Professor Dr. **M. Wolters,**
Privatdocenten für Dermatologie.

(Hiezu Taf. VI u. VII.)

(Fortsetzung und Schluss.)

Unna hat schon versucht, diese complicirteren epithelialen Geschwülste unter dem Namen Akanthoma adenoides cysticum zusammenzufassen; ich möchte, indem ich auf die ganze Entwickelungsreihe, wie sie sich aus den einzelnen Fällen ergibt, eingehe, das ganze Gebiet erweitern, und unter einem weitgehenderen Namen zusammenfassen, als es bisher geschehen. Doch davon später.

Die Untersuchungen Brooke's basiren auf 4 Fällen, von denen leider nur 2 histologisch untersucht werden konnten. Die von ihm als „Epithelioma adenoides cysticum" bezeichnete Affection stellte kleine, stecknadelkopf- bis halb erbsengrosse leicht erhabene Tumoren, von normaler, blassgelber, bisweilen bläulicher Färbung dar. Bei weiterem Wachsthum sehen sie oft glänzend, durchscheinend aus, ohne dass es berechtigt scheint, Flüssigkeit in ihnen anzunehmen; fast alle enthalten weisse, Milien ähnliche Körper, deren Grösse in keinem Verhältniss zu den Tumoren steht. Als Sitz bevorzugte die Affection Augenbraue, Nase, Wange, Oberlippe und Kinn, während am behaarten Kopfe, auf Rücken, Schultern, Hals und den Armen nur vereinzelt Efflorescenzen auftraten, deren histologische Identität nicht nachgewiesen ist.

Brooke macht darauf aufmerksam, dass die in Frankreich und Deutschland bisher gemachten Beobachtungen, das Vorkommen der Neubildungen im Gesicht gar nicht oder nur sporadisch mittheilen, und führt gleichzeitig die Bemerkung Besnier's an: „Als Prädilectionsstelle erweisen sich der Hals und die vordere Thoraxcoabdominal-Fläche, aber man trifft den Ausschlag auch an anderen Theilen des Rumpfes und der Extremitäten, und namentlich an deren Beugeseiten an." Ich komme auf die

Localisation der in Rede stehenden Affection noch zurück, möchte aber schon hier hervorheben, dass es sich bei Brooke's Beobachtungen um einen Irrthum handelt, der dadurch entstand, dass er die Fälle von „Hydradenom" mit den Fällen von epithelialen Neubildungen identificirte, und auch Besnier's Bemerkung auf diese bezog, welche nur für die „Hydradenome" gemeint war. Thatsächlich localisirten sich diese Neubildungen in den bisher sicher gestellten Fällen fast ausschliesslich auf Brust, Bauch und anschliessenden Theilen des Halses und der Oberarme, während die zu unserem Falle gehörigen Neubildungen meist im Gesicht und auf dem Kopfe, selten auf dem Körper ihren Sitz hatten. Es ist das ein fast principieller Unterschied, der sich mir bei eingehendem Studium der Literatur aufdrängte.

Brooke schildert dann, dass die Neubildung auf dem Schnitte einem Adenom der Schweissdrüsen ähnlich gesehen habe, dass die dünnen bandähnlichen oder fingerartigen Auswüchse des Epithels in sich oft verschlungene unter einander verflochtene dichtere Massen darstellten. Die einzelnen Gänge, wie er es nennt, blieben aber dabei immer deutlich, und in ihnen lagen runde oder ovale Cysten mit koloiden Massen oder aber mit koloiden Massen und verhornten Zellen gefüllt, während er nur letztere allein führende Hohlräume nicht gesehen hat. Die Grösse der Cysten war eine variable, die bandartigen Epithelzüge solide, ein Lumen nie nachweislich; ein solches wurde nur durch centrale Degenerationen unter Umständen vorgetäuscht.

Neben diesen dünnen, bandartigen Zellzügen fanden sich in anderen Präparaten scharf markirte Figuren dichterer Zellmassen, deren äussere Zellagen palissadenartig gelagert waren und die auch wenigstens stellenweise eine Membrana limitans nachweisen liessen. Das Bindegewebe in der Umgebung ist dichter und feinfaseriger als sonst, mit vielen Bindegewebszellen. Bezüglich dieser Angabe über das Vorkommen einer Membrana propria, die übrigens, wie wir sehen werden, von Jarisch erwähnt wird, dient wohl die weitere Beschreibung über das dichtere Bindegewebe in der Umgebung als Erklärung, das „sozusagen um die Contouren des Gewächses zu einer dichten Kapsel angedrückt" war. Meines Erachtens handelt es sich nicht um eine wirkliche Membrana propria, sondern um Bindegewebsbündel, die durch die wachsenden Geschwulstelemente dichter aneinander gedrängt eine solche vortäuschten. Brooke betont auch selbst, dass sie nur stellenweise vorhanden gewesen sei. Die Cyste wächst, wie Brooke schildert, auf Kosten des angrenzenden Epithels, und kann die Zellen so vollständig auflösen, dass man den Eindruck hat, als sei sie im Bindegewebe isolirt eingedeckt, aber an anderen Schnitten entdeckt man auch noch unversehrt eine Spur von Epithel, wodurch die Verbindung mit dem Haupttheil des Gewächses bewirkt wird. Derartige Bilder sah ich auch in meinen Schnitten, und konnte dabei feststellen, dass unter Umständen die ganze Cyste, die verkalkt war, nach Lösung dieser Masse sich als aus Zellelementen bestehend erwies. Oft freilich war noch ein schmaler Rest des Epithels vorhanden. Ein Analogon zu dieser völligen

koloiden und hornigen Entartung bieten die verkalkten Epitheliome, über die Malherbe eingehend berichtet hat. Erst nach Auflösung der Kalkmassen liess sich feststellen, dass ein tubuläres Epitheliom vorlag. Die Schweissdrüsen waren in Brooke's Fällen normal, oft lagen sie in den neugebildeten Massen, oft waren sie zur Seite gedrängt, eine Mitbetheiligung dagegen an keiner Stelle nachweislich. Dagegen ergab sich, dass die Neubildungen alle direct aus der Epidermisschicht entsprangen, oder aus dem Epithel der Haarbälge. Mit breiter Basis sieht man das Neoplasma vom Rete ausgehen, und sich dann sofort in eine Masse von Epithelstreifen auflösen, in denen koloide Entartung im Gange ist, die zu Cystenbildung führt. An anderer Stelle entwickelte sich in einem dicken Fortsatze eine Cyste. Fingerförmige Fortsätze fanden sich, ebenso wie knospenartige Gewächse, an den Haarbälgen und vor allem an denen mit Lanugohaaren.

Brooke fasst, da der active und aggressive Theil des wuchernden Gewächses so ausschliesslich aus Epithelzellen besteht, sich dahin zusammen, dasselbe als Epitheliom mit dem Beiworte adenoides cysticum zu bezeichnen, indem er noch das Zugeständniss an die Anhänger der Annahme von dem embryonalen Ursprung der Geschwulst macht, dass seine Befunde keineswegs im Widerspruche damit ständen, man sich vielmehr vorstellen könnte, dass die betreffenden Zellen lange ihren embryonalen Charakter bewahrt hätten. Auch von Brooke erfährt die Ansicht Philippson's bezüglich der Identität unserer Neubildung mit der koloiden Degeneration der Haut eine völlige Ablehnung.

Den Brooke'schen Fällen reihen sich zwanglos die von Fordyce an, bei welchen die gleiche Affection Mutter und Tochter befallen hatte, und zwar vornehmlich im Gesicht. Die mikroskopischen Untersuchungen stützen sich auf 6 Tumoren, die aus dem Gesicht excidirt wurden.

Bei schwacher Vergrösserung liess sich feststellen, dass unmittelbar unter der Epidermis rundliche, ovale und längliche Zellmassen lagen, die einem Adenom glichen. Stärkere Vergrösserung liess erkennen, dass dieselben aus Epithelzellen vom Aussehen der Zellen der unteren Epidermislagen bestanden und dass sie von verdichtetem Gewebe umgeben waren. Die Zellen waren oft dicht aneinander gehäuft, oft in Zügen angeordnet, welche untereinander verkettet waren. „Einzelne Züge, zwei oder mehr Zellen breit, spriessen unten aus der Epidermis heraus, verbinden Zellmassen und kommen auch unabhängig von ihnen vor. Einige schmälere Züge gleichen ganz Knäueldrüsenausführungsgängen, obgleich ohne deutliches Lumen."

Während bald die Zellmassen aus Epithelzellen vorwiegen, zeigen andere Stellen fast ausschliesslich eine Anordnung in Bändern und Zügen, bald wieder in Perlen und Nestern eines malignen Advanced Epithelioms. Diese Nester waren in allen Stadien der Entwickelung vorhanden, gebildet aus concentrisch geschichteten Zellen, die bald hornige Degeneration zeigten, bald amorphes Material bargen. Die Cysten enthielten Detritus oder waren leer, ihre innersten Zellagen führten Keratohyalin



oder dunkelbraun bis schwarzes körniges Pigment. Auch scheinen auf grössere Strecken hin die centralen Zellen degenerirt gewesen zu sein, wodurch eine gewisse alveoläre Structur entstand. Diese Bilder waren es auch, die den Anschein erweckten, als wenn es sich um missglückte Schweissdrüsenanlagen gehandelt hätte, doch fehlte „die äussere abschliessende Membran". Ausser den Horncysten fanden sich andere, mit homogenem Inhalte, wahrscheinlich in keinem Zusammenhang mit anderen Geweben, die wohl durch koloide Degeneration entstanden waren. Ob diese Cysten nicht doch mit den Epithelzügen in Zusammenhang waren, konnte Fordyce nicht nachweisen, es dürfte nach den Befunden anderer Autoren jedoch wahrscheinlich sein.

An einem Tumor wurde, wie es auch Brooke beschreibt, nur an einer Stelle, wo klinisch eine Depression wahrnehmbar war, eine Verbindung mit dem Epithel gefunden, und zwar ging hier die Wucherung von der äusseren Wurzelscheide aus. Man sah deutlich, dass die Zellzüge, Bänder und alveolenartigen Bildungen von hier aus durch Wucherung des Epithels entstanden waren, das seine normale Tendenz, Horngewebe zu bilden, beibehalten hatte. Durch die Wucherungen werden oft die Follikel verdrängt. Die zahlreichen Talgdrüsen waren normal, ebenso die gegen die Norm weniger zahlreichen Schweissdrüsen.

Eine kleinste Papel, die genau die Erscheinungen eines Milium bot, wurde excidirt, und erwies sich als zusammengesetzt lediglich aus einer Anhäufung von Epidermiszellen von demselben Charakter wie die grossen Zellwucherungen, umgeben von verdichtetem Gewebe. Fordyce gibt hier nicht an, ob ein Zusammenhang mit dem Epithellager vorhanden war, oder nicht. Eine weitere Verwerthung dieses bei einem als Milium diagnosticirten Gebilde erhobenen Befundes ist daher unmöglich.

Fordyce geht im weiteren auf die verschiedenen Publicationen über Hydradenom ein, die er hierher rechnet, ebenso wie den Fall von Pringle, den dieser Autor mit Recht als ein congenitales Talgdrüsenadenom bezeichnet hat. Weder die eine, noch die andere Affection hat thatsächlich etwas mit unseren Bildungen zu schaffen.

Fordyce betont dann weiterhin mit Recht die Identität seiner Beobachtungen mit denen Brooke's, und hebt hervor, dass diese zusammengehörigen Fälle sich von den anderen mitgetheilten (den Hydradenomen etc.) unterscheiden sowohl durch den augenscheinlich hereditären Ursprung, das hauptsächliche Befallensein des Gesichtes, als vor allem dadurch, dass eine anatomisch nachweisbare Verbindung zwischen den Tumorelementen und der darüberliegenden Epidermis bestand.

Mit diesen klaren und kurzen Worten gibt Fordyce eine ganz prägnante Differentialdiagnose gegenüber den andern nicht hierher gehörigen Bildungen. Dass dieser Unterschied nicht unvereinbar sei mit ihrem vermuthlich embryonalen Ursprunge wollen wir nicht bestreiten, jedenfalls ist er ebensowenig er-

wiesen, wie die epitheliale Natur der Hydradenome, Cystadenome etc.

Diese Gruppe muss als absolut nicht hierhergehörig bei Seite gelassen werden, da ihr Zusammenhang mit dem Deckepithel nicht erwiesen ist, vielmehr von Jarisch, Elschnig und Wolters ihr Ursprung von den Endothelien festgestellt worden ist.

Dass, wie Fordyce betont, gerade zur Pubertätszeit die Neubildungen auftreten, langsam heranwachsen und sich weder weiterhin regressiv verändern, noch maligne werden, sind sicherlich Eigenschaften, die betont zu werden verdienen, wenngleich das Fehlen einer der letzteren kaum von grosser Bedeutung sein dürfte.

Aus dem Auftreten in der Pubertätszeit aber einen Rückschluss auf einen embryonalen Ursprung zu machen, ist wohl ebenso verfehlt, als wenn wir das bei der Acne thun würden, die im gleichen Lebensalter aufzutreten pflegt. Dieser Zeitpunkt hat nur insofern Bedeutung, als mit ihm im ganzen Organismus eine erhöhte Zellthätigkeit eintritt, welche dann unter Umständen auch bei dem Epithel der Decke und ihrer Anhänge einmal zu gewissen Bildungen führen kann, wie die vorliegenden. Es scheint mindestens nicht nöthig, mit Fordyce anzunehmen, dass die Zellen „indifferenter Natur“, die weder bestimmt sind Schweissdrüsen zu bilden noch Talgdrüsen, aus ihrem Keimlager herausgedrängt ihren embryonalen Charakter bewahren, bis sie durch den Einfluss der Pubertät in Thätigkeit versetzt werden.

Jedenfalls ist ein solches Vorkommnis nicht nachzuweisen, und scheint in Anbetracht der Entwickelung der Carcinome höchst zweifelhaft, denn bei diesen wirkt jedenfalls die Pubertät nicht als Reiz, um die „embryonalen Zellen“ zur Wucherung zu bringen. Sie reagiren absolut nicht darauf; die Entwickelung der Carcinome erfolgt erst in späteren Jahren.

Die Pubertät ruft als solche eine erhöhte Zellthätigkeit im ganzen Organismus hervor, und diese führt unter Umständen durch zu starke Zellvermehrung zur Bildung von Neoplasmen, die zu ihrer Entstehung der hypothetischen embryonalen Keime sehr wohl entbehren können.



Ebenso wie die Fälle von Fordyce gehören die von Balzer und Ménétrier, und Balzer und Grandhomme hierher. Im letzten Falle blieb der behaarte Kopf ganz frei, die Schweissdrüsen konnten als absolut unbetheiligt festgestellt werden, sonst war er histologisch identisch mit dem ersten. Beide Beobachtungen sind unter der Bezeichnung adénome sebacée veröffentlicht worden, die aber, wie schon Chambard und später Jarisch betont haben, nicht zulässig ist. Ersterer rechnet sie unter die Epitheliomes-tubuloréticulé, letzterer nimmt sie für sein Tricho epithelioma cysticum in Anspruch. Schält man aus der sehr weitschweifigen und stellenweise etwas unklaren Schilderung das Wesentliche heraus, so handelte es sich um Bildungen epithelialer Natur, die mit den Talgdrüsen nur insofern etwas zu thun haben, als sie stellenweise aus ihren Halstheilen entspringen und eine entfernte Aehnlichkeit damit aufweisen, weil auch eine centrale „Talgdegeneration" in ihnen sich vorfindet. Sie entsprechen aber nicht im Entferntesten der an die Adenome zu stellenden Forderung Darier's, dass sie mehr oder weniger exact den Typus der Drüsen wiedergeben, von denen sie ausgehen.

Die Affection wurde in der Jugend zuerst bemerkt und stellte sich als Knötchen dar von Stecknadel- bis Linsengrösse, welche sich, wenn sie grösser werden, stielen und oberflächliche Vascularisation zeigen. An vielen sind talgmiliumähnliche Cysten zu bemerken. Mikroskopisch sind die Tumoren zusammengesetzt aus Zellzügen, die in Läppchen angeordnet sind, in deren Mitte sich Cysten finden.

Die tubulären oder globulären „Blindsäcke" sind an den Ausführungsgängen der Talgdrüsen angehängt, die sich bis zur Epidermis verfolgen lassen.

An anderen Stellen ist die Neubildung in runden, unregelmässigen Massen und buchtigen Schläuchen mit Cysten angeordnet.

Bei starker Vergrösserung lässt sich erkennen, dass die Bildungen ein netzförmiges Aussehen haben und aus soliden Strängen sich aufbauen, die verästelt sind und untereinander anastomosiren. An anderen Stellen sind die Hüllen der Haarfollikel höckerig und verdickt, das Haar atrophirt oder zerstört. Die Hüllen setzen sich in das neugebildete Gewebe weiter fort und es ist wahrscheinlich, dass diese Follikel die massiven Läppchen bilden.

Der ganze Haardrüsenapparat gibt in allen seinen Theilen den Ausgangspunkt des Tumors. An einem Ausführungsgang einer Schweissdrüse fand sich die gleiche Entwickelung, und ein Knäuel schien in ein Läppchen umgebildet zu sein, doch wird diese Betheiligung als eine secundäre angesehen.

„Was die Epidermis anlangt, so zeigt sie normale Dicke und Aussehen; gleichwohl sind ihre Verbindungen mit den Läppchen der Neubildungen zu zahlreich, als dass man diese allein auf die Ausführungsgänge der befallenen Drüsen zurückführen müsste, und es ist wahrscheinlich, dass sie nicht absolut indifferent geblieben sind bei der allgemeinen Neubildung aller Elemente der Haut."

Alle Tumoren schliessen Cysten ein, am zahlreichsten sind ganz kleine, die mit Pikrocarmin gefärbt als gelbe Punkte in rothem Gewebe sich darstellen, daneben viel grössere, deren Hüllen weniger scharf mit dem benachbarten Gewebe verschmolzen scheinen, deren Inhalt gelblich, blätterig aus „Talgmassen" gebildet ist. Die Cysten sind immer in Verbindung mit den Läppchen, sie berühren dieselben oder sind darin eingeschlossen. Bisweilen scheinen sie sich fortzusetzen in einen Schlauch des pathologischen Gewebes, dessen Erweiterung sie zu sein scheinen. Einige Male sind sie selbst in Verbindung mit den Blindsäcken in den gesunden Partien. Bei starker Vergrösserung ergibt sich, dass die vom Epithel stammenden und von ihm ausgehenden Zellen in soliden Strängen von 3—4 Zellen Breite angeordnet sind, dass sie anastomosiren, ein Netzwerk bilden, in dessen Maschen Bindegewebe liegt; dass die Zellen weiterhin auch in unregelmässigen Massen sich anhäufen oder in isolirten, gewundenen, an Schweissdrüsen erinnernden Strängen sich anordnen. Die Cysten, die sich in der Neubildung vorfinden, zeigen im Centrum eine gelbe blätterige Masse, bei der es schwer ist, die degenerirten Zellelemente zu erkennen; es sind platte Lamellen, dünn, homogen, ähnlich denen, welche man in den Drüsen oder gewöhnlichen Talgcysten findet. Diese Masse enthält kein Fett, und ist begrenzt durch eine Hülle, gebildet aus abgeplatteten Zellen.

Andere, besonders kleine Cysten, sehen auf den ersten Blick wie Epidermiskugeln aus, doch haben sie nur bezüglich der Kugelform und der Gelbfärbung durch Pikrinsäure eine Aehnlichkeit damit. „Vielmehr sind diese degenerirten Massen weniger deutlich abgerundet, unregelmässig geschichtet, von platten Lamellen gebildet, homogen, ohne Kernspuren anstatt der regelmässigen concentrischen Epithelkugeln." Offenbar handelt es sich auch hier gleich wohl um epitheliale Bildungen, da die angeführten Gegengründe nicht ausreichen, diese Annahme zu entkräften.

Andere Cysten dagegen mit deutlicher Hülle und Inhalt gleichen ganz gewöhnlichen Talgcysten, in ihnen finden sich gewöhnlich Haare, und sie stellen wohl Dilatationen des Drüsenganges dar.

Die Autoren fassen die Bildung auf als eine epitheliale mit einer speciellen Degeneration (Umbildung in Talg). In ihrer Form erinnert dieselbe an Drüsen, und steht in Verbindung mit dem Haartalgdrüsenapparate. Aus dem Aussehen der Bildung, die an Talgdrüsen erinnert, aus dem Zusammenhang der gesund gebliebenen Talgdrüsensäcke mit dem kranken Gewebe, aus der Bildung von „Talgmassen" an allen Punkten des Tumors, sowie aus dem Sitze wird, entgegen der sich auch den Autoren aufdrängenden Ansicht von einem Epitheliome tubulé oder reticulé, die Diagnose auf Talgdrüsenadenom gestellt, freilich mit dem sehr merkwürdigen Zusatze variété tubuleuse.

Zur Bestätigung ihrer Ansicht untersuchten die Autoren Hautstücke von den gleichen Stellen eines Menschen, der keine Erkrankung aufwies, und waren erstaunt über die enorme Entwickelung der Talgdrüsen. Gerade dieser Befund hätte die Untersucher stutzig machen



sollen, und sie belehren, dass eben die enorme Masse von Talgdrüsen auch in ihren Fällen mithin nichts pathologisches war. Es war aber auch zum geringsten Grade dieser Befund, der für die Diagnose entscheidend war, sondern, wie leicht ersichtlich, die Aehnlichkeit mit Talgdrüsen, und die angeblich überall auftretende Talgdegeneration in den Neubildungen. Die ganze Schilderung dieser „zu Talg umgewandelten Stellen" lässt aber mit ziemlicher Sicherheit annehmen, dass es sich eben um Verhornungsprocesse mit eventueller hyaliner Degeneration gehandelt hat, zumal von verschiedenen derartigen Cysten ausdrücklich bemerkt wird, dass sie kein Fett enthalten haben. Völlig davon zu trennen sind die Cysten, welche Haare enthielten, und die als Retentionscysten unschwer zu erkennen sind.

Nimmt man nun noch die beigegebenen Abbildungen zur Hand, so ist ohne weiters klar, dass es sich um rein epitheliale Neubildungen gehandelt hat, die von den Haarbälgen, den Halstheilen der Talgdrüsen und auch, wie aus den Stellen in der Beschreibung hervorgeht, vom Epithel der Oberhaut direct, sich in Strängen und Klumpen entwickelten, in denen Horncysten auftraten, und die ihrem ganzen Verlauf nach benigne waren.

Mit Recht hat daher schon Chambard in seiner Besprechung der Arbeit gegen die auch von Mallassez unterstützte Ansicht, es handle sich um Talgdrüsenadenome, Front gemacht, und betont, dass die Neubildungen nicht die gleiche Structur haben wie die Drüsen, von denen sie stammen, mithin keine Adenome sein können. Er macht weiterhin darauf aufmerksam, dass die Epitheliome koloide, verkalkte, verhornte Degenerationen aufweisen, und bezeichnet, die vorliegende Bildung als Epithéliome tubulo-reticulé oder als Epithelioma métatypique tubulé. Auch Jarisch, auf dessen hierhergehörigen Fall ich gleich einzugehen habe, theilt die Befunde der französischen Autoren in extenso mit, und fasst die Neubildung auch als Epitheliom auf, rechnet sie allerdings der von ihm neu begründeten Gruppe des Tricho-Epithelioma zu.

Mit dieser letzten Ansicht kann ich mich nicht einverstanden erklären, da aus dem oben citirten Satze, dass die Verbindungen der Epidermis mit der Neubildung zu zahlreich seien, als dass man diese allein auf die Ausführungsgänge der Drüsen beziehen könne, es vielmehr anzunehmen sei, dass diese nicht indifferent geblieben sei, nur hervorzugehen scheint, dass eben vom gesammten Epithel die Neubildungen ihren Ursprung nahmen, wenn das auch aus der Abbildung nicht zu ersehen ist. Der Begriff Tricho-Epitheliom ist daher zu enge.

Dagegen stimme ich mit Jarisch völlig darin überein, dass mit Unrecht von Pringle und von Caspary die Fälle Balzer und Ménétrier als Adenoma sebaceum acceptirt, und ihren Beobachtungen angereiht wurden, muss aber betonen, dass ich nach genauer Einsicht der betreffenden Arbeiten Jarisch nicht folgen kann, wenn er die Fälle Pringle's und Caspary's mit denen von Balzer identificirt und zum Tricho-Epithelioma zählt. Dafür fehlt in beiden Publicationen jeder Anhalt bezüglich einer Wucherung epithelialer Natur. Caspary betont aus-



drücklich, dass „Papillarkörper, subpapilläre Schicht des Coriums, ferner die Gefässe, die Schweissdrüsen, ebenso die Haartalge normal erschienen, ebenso die Talgdrüsen". Daraus geht jedenfalls hervor, dass kein Anhaltspunkt für die Annahme eines Epithelioms vorlag. Das gleiche gilt für die Fälle Pringle's und Crocker.

Was den Fall anlangt, bei dessen Besprechung Jarisch obige Fälle mit heranzog, so möchte ich denselben auch hierher rechnen.

Auch hier handelte es sich um kleine und kleinste Geschwülstchen, die um das 14. Jahr im Gesicht auftraten, von normaler, eventuell etwas bräunlicher Farbe bis zur Grösse von 3—5 mm. Grössere gleiche Neubildungen bis $^3/_4$ und 1 cm. gross, waren am Augenwinkel, Nasenflügel und Arcus infraorbitalis vorhanden, zeigten aber centralen Zerfall und Geschwürsbildung, wodurch sie einem Ulcus rodens nicht unähnlich waren, doch fehlte jede Härte. Am Rande eines Geschwüres sass ein nicht ulcerirtes Knötchen, das mit einem Theil desselben ebenso wie zwei andere Ulcerationen zur mikroskopischen Untersuchung verwendet werden konnte. Ausserdem wurden noch vier etwa stecknadelkopfgrosse geschlossene Knötchen zu gleichen Zwecken excidirt.

Die mikroskopische Untersuchung dieser letzteren ergab übereinstimmend, dass in der Pars papillaris und der oberen Hälfte der Pars reticularis Einlagerungen epithelialer Natur sich fanden, die theils als runde Zellhaufen, theils als verzweigte, knorrige Zellzüge einem Mittelpunkte zustrebten, der entweder ein Haar, oder concentrisch geschichtete, abgeplattete, verhornte Zellen einschloss. An anderen Stellen bildeten die Züge der Zellen ein mehr oder weniger dichtes, verflochtenes Balkenwerk. Die Züge wechselten in der Breite sehr, und bestanden bald aus nur vier Zellreihen, bald bildeten sie massige Ballen. Die Zellzüge erschienen vom angrenzenden Bindegewebe durch eine ein oder mehrfache Lage dunkler gefärbter Cylinderzellen begrenzt, und zeigten zumeist eine deutliche Membrana limitans. Der Zusammenhang der Zellzüge mit den Haarbälgen war an den Schnitten leicht zu führen, er fehlte jedoch bezüglich der Epidermis und der Schweissdrüsen. Letztere waren normal, wenn auch meist ziemlich stark dilatirt. An einer Stelle fand sich auch eine offenbare Retentionscyste, die nach unten zu noch mit dem Schweissdrüsengang in Verbindung stand.

Cysten mit concentrisch geschichteten Hornmassen, oft auch Haare enthaltend, fanden sich auf jedem Schnitt.

Auch die geschwürigen Stellen zeigten den gleichen Bau, nur waren die epithelialen Bildungen gegen die Geschwürsfläche mässiger, und lagen als Schollen und Klumpen frei zu Tage, unterhalb fanden sich aber wieder die vielfach und hier besonders engverschlungenen Epithelmassen. Die oberflächlichen Epithellagen färbten sich schlecht.

Die Geschwürsbildungen kamen nach Jarisch offenbar nur dadurch zu Stande, dass in Folge der massigen epithelialen Wucherung die Verbindung der Epidermis mit dem Corium gelockert, und so die Abstossung hervorgerufen wurde. Reichliche Rundzelleninfiltration be-



gleitete diesen Process. Auch ich glaube, dass aus diesem Vorkommniss ein principiellerUnterschied gegenüber anderen, gleichartigen Geschwülsten nicht gemacht werden kann, dass dasselbe vielmehr als ein durch die weitere Entwickelung sich von selbst ergebender Befund zu betrachten ist. Jarisch geht weiterhin genauer ein auf seine Befunde bezüglich der von der mittleren und oberen Haarbalgregion ausgehenden Epithelwucherungen, die alle nachweisen liessen, dass es sich offenbar um Entwicklungen an Kolbenhaaren handelte, wie auch der normale Typus sie zeigt. Der Autor betont das besonders unter dem Hinweis auf die eventuell als ätiologisches Moment zu verwerthende Pubertät, in welcher normaler Weise eine lebhafte Entwickelung der Körperhaare stattfindet, wodurch dann Gelegenheit gegeben wäre, dass eine excessive Entwicklung der an Kolbenhaaren beobachteten Kolben und Buckel zur Bildung der Tumoren führte. Dazu stimmt, dass die sicher als epitheliale Tumoren anzusehenden Fälle im Pubertätsalter entstanden. Die Fälle, wo das nicht zutraf (Caspary, Pringle etc.), sind meiner Auffassung nach wirkliche Adenome, und gehören nicht hierher.

Auf die Pubertät als mögliches ätiologisches Moment ging ich bereits oben ein, möchte aber bezüglich der in den Tumoren auftretenden Cysten mich Jarisch anschliessen, und dieselben als Milien deuten, wobei hervorzuheben sein dürfte, dass es sich bei den Haare enthaltenden Bildungen offenbar um Retentionscysten gehandelt hat, die den Atheromen nahe stehen und vielleicht dahin zu rechnen sind, während das bei den im Epithel entstandenen unmöglich ist.

Was das Vorhandensein einer grossen Zahl von Talgdrüsen anlangt, die am Rande des Geschwüres sich vorfanden, so glaube ich auch darin nicht etwas erblicken zu dürfen, was mit dem Bilde als solchem etwas zu thun hat, sondern mehr oder weniger normale Verhältnisse, da sowohl nach Balzer als Caspary an normaler Haut Unmassen von Drüsen an den gleichen Stellen des Gesichtes sich nachweisen lassen. Ob nicht ausserdem durch den Druck der Neubildung eine Verdrängung, und damit ein Näheraneinanderrücken der Drüsenelemente möglich wäre, sei dahingestellt.

Dem Falle Jarisch's gleicht der von White veröffentlichte sehr. Das erste Auftreten der Erkrankung wird hier freilich erst in das 24. Jahr verlegt. Ob freilich das erste Bemerken auch mit dem Auftreten zusammenfällt, muss zweifelhaft scheinen, da die ersten Anfänge doch wohl leicht zu übersehen sind. Auch hier war vornehmlich das Gesicht befallen, auf Nacken, Schulter und Vorderarm waren nur wenige Stellen; die Neubildungen traten unter der Form von flachen Papeln und Tuberkeln



auf bis zur Grösse eines 10 Cent-Stückes und darüber, ohne dass die grösseren wesentlich erhabener gewesen wären. Einige der Neubildungen sind deutlich dedellt, das obere Augenlid zeigt ein irreguläres Ulcus, und das innere Drittel beider Augenlider des l. Auges und die entsprechende Nasenseite weisen eine Ulceration mit steilen Rändern auf, die der Autor als typisches Bild eines Ulcus rodeus bezeichnet. Genaue Untersuchung auch an Serienschnitten liess bei einem stecknadelkopfgrossen Tumor nachweisen, dass unregelmässig begrenzte Epithelmassen sich im Corium vorfanden, die im Knotencentrum mit dem im übrigen völlig intacten Epithel in Verbindung standen. Talg- und Schweissdrüsen waren intact. An einigen Stellen der Neubildung war Verhornung in einer cystischen Bildung nachzuweisen.

An drei grösseren Neubildungen zeigte sich das Epithel deutlich in Inseln und länglichen Flächen angeordnet, die den Lauf einer Schweissdrüse vortäuschen konnten. Genaue Untersuchung zeigte nämlich, dass die Züge aus compacten Epithelmassen aufgebaut waren, die untereinander auf complicirte Art verknüpft und verbunden waren. Mitten in den Epithelbändern und Inseln fanden sich kleine Cysten mit homogenem oder granulirtem Inhalte und einigen Zellen. An einigen Stellen liessen sich zahlreiche, mit koloider oder homogener Substanz gefüllte Cysten nachweisen, sowie die Entstehung der Substanz aus den Epithelzellen, an anderen Punkten war in den Cysten verhornte Substanz an Stelle der koloiden Umwandlung oder zusammen mit dieser. In allen Tumoren konnte der directe Zusammenhang der epithelialen Neubildung mit der Epidermis nachgewiesen werden, nirgendwo mit den Drüsen. Milienähnliche Bildungen fehlten.

Besonders betont der Autor die Umwandlung in den ältesten und breitesten Stellen, von denen 3 oder 4 das typische Bild eines gewöhnlichen Epithelioms mit tiefer ulcerativer Zerstörung darboten, die auch als identisch mit der des Submissions festgestellt wurde.

Leider liegen genaue histologische Befunde nicht vor, so dass sich ein Vergleich mit den von Jarisch an der zerfallenen Stelle erhobenen nicht anstellen lässt, doch scheinen die Andeutungen von einer völligen Zerstörung der Haut, sowie die weiteren Bemerkungen anzudeuten, dass der Befund an den ulcerirten Stellen auf eine nicht mehr benigne Epithelwucherung hinwies. Der Autor scheint bei dem 10jährigen benignen Verlauf der Affection es mehr als einen Zufall anzusehen, dass einige Stellen einen anderen Typus annahmen, da die Gewebe die Tendenz haben, sich zu erhalten. Gleichwohl gibt er vorläufig die Bezeichnung der Affection als eine benigne mit aller Reserve, indem er auf einen entsprechenden Fall Hallopeau's hinweist.

Diese Beobachtung, welche unter der Bezeichnung Hydradénome compliqué d'épitheliome vulgaire veröffentlicht wurde, gehört auch hierher. Der betreffende Kranke hat seit seiner Jugend multiple Tumoren am Augenwinkel gehabt, in der Farbe ähnlich dem Xanthelasma, doch verschieden von ihm durch die rundliche Gestalt, die feste Consistenz, und



die doch immerhin weniger lebhafte Färbung. Am inneren Augenwinkel hatte sich nun, wie der Kranke angibt, nach einer Verletzung aus einem der Tumoren die jetzt bestehende voluminöse Neubildung entwickelt, welche alle Charaktere des gewöhnlichen Epithelioms aufwies.

Darier, welcher die histologische Untersuchung machte, glaubt übereinstimmend mit Török und Jacquet, dass der Ausgangspunkt der Neubildung in verunglückten Drüsenanlagen oder in embryonalen Epithelzügen zu suchen sei. Er stellte als neue Thatsache fest, dass das elastische Gewebe verändert war, die elastischen Fasern unregelmässig angeschwollen, und in unregelmässige Stücke und kleine Körner zerbröckelt waren.

Besnier äussert sich zu diesem Falle dahin, dass er nicht glaube, das Epitheliom habe sich durch spontane Entwicklung aus einem der Hydradenomknötchen entwickelt, sondern es habe sich durch irgend eine Reizung eine Eingangspforte für eine Infection von aussen geöffnet, welche er als nothwendig erachte für die Bildung des Epithelioms.

Ich rechne diesen Fall hierher, weil auf einem lange persistirenden Knötchen am Kopfe sich ein Epitheliom entwickelte, als dessen Ausgangspunkt ein als Hydradenom gedeutetes Knötchen angesehen wird. Da nun das „Hydradenom" nur selten am Kopfe, vielmehr vornehmlich am Thorax seinen Sitz hat, seine epitheliale Natur weder von Török, Jacquet noch von einem anderen Autor sicher bewiesen ist, vielmehr von Jarisch, Elschnig und Wolters die endotheliale Natur dieser Neubildungen klargestellt ist, so kann mithin auf ihr und aus ihr kein Epitheliom entstehen. Berücksichtigt man vielmehr die im Vorangehenden besprochenen Fälle, und unter diesen besonders den Philippsohn'schen und den meinigen, so klärt sich dieser Fall leicht dahin auf, dass ein dem „Hydradenom" oberflächlich ähnliches Epitheliom vorgelegen hat, auf dem sich, wie bei White, ein wahres Epitheliom entwickelte.

Auf einem solchen epithelialen Tumor konnte sich sehr wohl ein Epithelioma vulgare entwickeln, und dieser Vorgang hat nichts Befremdliches. Ob es aber dazu einer Infection von aussen bedarf, wie Besnier annimmt, mag unentschieden bleiben.

Auf den Fall von Audry und G. Nové-Josserand einzugehen, muss ich mir versagen, da mir nur ein Referat darüber in der Thése de Paris von Bernard zugänglich war, und ich aus diesem den Eindruck gewonnen habe, dass derselbe nicht hierhergehört. Die ausdrückbaren milienartigen Bildungen, die sich massenhaft vorfanden, und deren incapsulirt ausdrückbarer Inhalt angeblich ebenso wie die gestielten molluscoiden Neubildungen einen Befund ergaben, wie er von Jacquet und Darier bei dem Hydradenom beschrieben wurde, lassen einen genauen Einblick in die Verhältnisse nicht einmal vermuthen. Ein ulcerirter, subcutaner Tumor im Rücken, und ein intradermaler, daneben liegender, ergaben das Bild eines épithélioma tubulé profond. Unna bringt den Fall in der Literaturangabe der Schweissdrüsenadenome unter, wohin die Tumoren

des Rückens und auch die gestielten molluscoiden Tumoren sicherlich eher gehören als zu dem Hydradenom.

Auch über die Natur des von Isador Dyer publicirten Falles von benignem cystischem Epitheliom kann ich mir auf Grund des Referates in den Annales de Dermatologie kein Urtheil erlauben. Sicher zu ersehen ist daraus, dass ein Ausgangspunkt für die Neubildung nicht gefunden wurde, also der sichere Nachweis der epithelialen Natur der Neubildung fehlt. Dazu kommt noch, dass das von einer grossen Zahl von Cysten durchlöcherte „epitheliale" Gewebe keine Hornkugeln aufwies; dass die Neubildungen von gelatinöser Consistenz zum Theil klinisch aus einem Convolut von Cysten bestanden, die bei Einstich als Inhalt klare Flüssigkeit oder gelatinöse Substanz ergaben; dass ferner ein Tumor, der durch Zerfall der cystischen Stellen ulcerirt war, sich in spontaner Heilung befand, ein Vorgang, der sich nach den zahlreich vorhandenen Narben zu urtheilen, wohl als Endresultat einer spontanen Weiterentwicklung der Affection darstellt.

Aus diesen Angaben scheint jedenfalls die epitheliale Natur der Neubildungen nicht mit Sicherheit hervorzugehen, und daher die Berechtigung des Namens Epitheliom zweifelhaft.

Allen mitgetheilten Fällen, ausser den zwei letzten offenbar nicht hierhergehörigen, ist ausser gewissen klinischen Momenten das eine gemeinsam, dass sie alle nachweislich vom Epithel der Decke oder ihrer Anhangsgebilde ihren Ausgang nehmen. Da das Epithel an allen diesen Ausgangsstellen das gleiche ist, so darf meines Erachtens aus den Differenzen kein principieller Unterschied gemacht werden, der sich aus der Herkunft von diesen verschiedenen Punkten ergibt, zumal in der Regel nicht ein, sondern mehrere Epithelgebilde der Haut bei der Neoformation betheiligt sind.

Das wird noch klarer, wenn man sich vor Augen hält, dass in dem Philippson'schen Falle allein das Deckepithel, in denen von Chambard nur die interpapillären Zapfen, in dem von Jarisch nur die Haarbälge, dass dagegen in allen anderen Fällen die allgemeine Epitheldecke, interpapilläre Zapfen, Haarbälge, Halstheile der Drüsen den Ausgangspunkt abgaben. Das heisst Fälle, in denen nur ein Theil der epithelialen Gebilde den Ursprung abgibt, sind sehr selten, und es ist wohl kaum durchführbar, je nach der Ursprungsstätte eine neue Epitheliomunterart zu construiren und die grössere Zahl der von verschiedenen Punkten ausgehenden, die sowohl zur



einen wie zur anderen Unterart gehörten, in einer gemeinsamen Gruppe der gemischten Epitheliome unterzubringen.

In der deutschen Literatur finden sich fast gar keine Mittheilungen über die in Rede stehenden Formen von Epitheliom, und Unna ist wohl der erste gewesen, der in seiner Histopathologie die vorfindlichen Fälle aus ausländischen Publicationen zusammentrug, und sie unter dem Namen „Akanthoma adenoides cysticum“ als eigenes Krankheitsbild hinstellte. Im gleichen Jahre ging dann Jarisch auf diese Neubildungen ein, als er den oben mitgetheilten Fall publicirte, doch fasste er, auf ihm basirend, den Begriff zu enge, indem er den Namen Trichoepithelioma papulosum multiplex oder eventuell rodens vorschlug. Diese Bezeichnung hat, wie sich aus der vorliegenden Literatur ergibt, nur für seinen eigenen Fall Geltung, denn schon die von ihm darunter subsummirten Fälle von Balzer und Ménétrier, Balzer und Grandhomme differiren bereits dadurch, dass auch von der Epitheldecke, und nicht nur von den Haarbälgen, die Neubildung ausging.

Der oben mitgetheilte neue Fall, welcher neben dem Ursprung von dem Halstheil der Talgdrüsen und von den Haarbälgen auch einen solchen von der Epitheldecke und den interpapillären Zapfen aufwies, sowie der Fall Philippsohn's, den ich ebenfalls als hierhergehörig nachgewiesen habe, gibt zusammen mit den übrigen Fällen von Fordyce, White etc. eine breitere Basis ab, um, dem Vorgange von Unna folgend, unter einem gemeinsamen Namen alle diese Fälle zu umfassen.

Die Schilderung der mikroskopischen Verhältnisse, die Unna von seinem Akanthoma gibt, kann dabei für diese Gruppe voll und ganz beibehalten werden, wenn man nur einige den vorliegenden Fällen entsprechende Zusätze macht.

„Es handelt sich, sagt er, um solide, niemals röhrenförmige, nachweislich vom Deckepithel oder der Stachelschicht kleiner Lanugohaarbälge entspringende Epithelfortsätze, welche sich in Form von fingerförmigen, feinen Ausläufern, drüsenähnlichen gelappten Protuberanzen zu netz- oder gitterförmigen, verzweigten, oder vollkommen soliden gröberen Massen in die Cutis hinaberstrecken, und unter Verschiebung der normal gebliebenen Bestandtheile alle Theile derselben, von den Fettläppchen bis zum Deckepithel, berühren und durchsetzen.“

Es bedarf hier des Zusatzes, dass die Neubildung von allen epithelialen Bildungen der Haut ausgehen kann.



Weiterhin heisst es: Beim Syringom (Hämangioendothelioma) wandeln sich ganze Theile der dünnen Epithelwalze in Cysten um, diese vergrössern sich, und schnüren sich schliesslich ab, so dass sie ganz isolirt sind; beim Akanthoma cysticum sind die Cysten über die ganze Neubildung in kleineren und grösseren Exemplaren zerstreut, und bleiben stets von Epithelmassen umgeben.

Diese Angaben sind nunmehr dahin richtig zu stellen, dass auch beim Epithelioma (Akanthoma Unnae) sich in den Epithelwalzen ganze Theile in Cysten umwandeln können, die sich vergrössern und abschnüren, um dann als Milien liegen zu bleiben. Ausserdem finden sich Cysten in den grösseren Massen der Neubildung verstreut vor, oft in grosser Menge, und sind dann meist von breiteren Epithelmassen umschlossen. Der Inhalt der Cysten besteht meist aus verhornten Massen, oft auch aus Koloid oder aus beiden gemischt. Auch Verkalkung der Cysten kommt vor.

Bezüglich des Syringoms möchte ich hier nochmals darauf hinweisen, dass dessen epitheliale Natur bisher nie erwiesen wurde, dass vielmehr seine Herkunft vom Endothel der Gefässe sicher gestellt ist (Jarisch, Elschnig, Wolters).

In klinischer Hinsicht sei zusammenfassend nochmals hervorgehoben, dass die Affection in stecknadelkopf- bis erbsengrossen, meist hautfarbenen, aber auch blassgelblich, bräunlich bis bläulichen, hin und wieder etwas transparenten Knötchen auftritt, die bisweilen miliumähnliche weisse Bildungen erkennen lassen. Bevorzugt scheint die Gegend der Augenbraue, die Nasenwurzel, Nasenflügel und angrenzenden Wangentheile, die Umgebung des Mundes, sowie der behaarte Kopf. Selten finden sie sich am Rücken und am Halse. Schon durch diese Localisation haben die Epitheliome etwas charakteristisches, besonders gegenüber den oft mit ihnen verwechselten Hämangioendotheliomen, die fast nur auf der vorderen Rumpffläche, selten auf den Oberarmen und dem Halse vorkommen. Eine gewisse Heredität ergibt sich durch das Vorkommen der gleichen Affection bei zwei Generationen. (Brooke, Fordyce) und eine nicht abzuleugnende Beziehung ihres Auftretens in der Pubertätszeit. Ob aber dieser Umstand genügt, um gewissermassen ein ätiologisches Moment abzugeben, möchte ich nicht entscheiden. Für den Fall Jarisch's hat diese Auffassung gewiss viel Bestechendes, und



es ist sehr wohl möglich, dass unter dem formativen Reiz der Entwickelungsperiode, der eine enorme Production von Haaren hervorruft, auf die Epithelien an anderen Stellen zur Wucherung anregend wirkt, die dann über das Mass des Normalen hinausgehend, zur Neubildung eines Tumors führt.

Interessant ist fernerhin die von Jarisch beobachtete Geschwürsbildung, die freilich nach seinen Untersuchungen lediglich als Folge einer Ernährungsstörung aufgefasst wird. Das Aussehen der Ulceration war aber ähnlich dem eines Ulcus rodens, und White, der auch bei seinem Falle Ulcerationsprocesse fand, gibt an, dass dieselben von einem Carcinome nicht zu unterscheiden gewesen wären. Ueber den histologischen Bau lässt er sich nicht weiter aus, doch scheint mir der Umstand, dass er das Wort „benigne" auf die Affection nur mit allem Vorbehalt angewendet sehen möchte, dafür zu sprechen, dass wohl wenig Differenzen gegenüber dem Cancroid vorgelegen haben. Darauf scheint auch der oben angeführte Fall Hallopeau's hinzuweisen, indem auf einem offenbaren Epitheliom ein Concroid sich entwickelte, und von Darier als solches diagnosticirt wurde. Diese Beobachtungen weisen zwingend darauf hin, die Benignität unserer Geschwulstart nur als eine relative zu bezeichnen, wie sie bezüglich der grossen Gruppe der Naevi bekannt ist. Aus dieser grossen, heterogene Bildungen umschliessenden Gruppe, heben sich die beschriebenen epithelialen Tumoren scharf heraus, und es wird wohl nach und nach gelingen, den epithelialen Naevus ganz in ihr untergehen zu lassen. Dass diese Gruppe aber auch dazu gehört, scheinen mir die Fälle von Naevicarcinom (Waelsch, Joseph) mit Sicherheit zu beweisen. Wie viele Fälle von weichem Naevus, weichen Warzen u. s. w. sich vielleicht auch noch hier mit unterbringen liessen, wird nur eine weitere Untersuchung klären können, die darauf gerichtet sein muss, aus der unklaren Gruppe Naevus alle die Fälle zu entfernen, die sich pathologisch-anatomisch in eine bekannte Geschwulstgruppe rechnen lassen. Dadurch allein wird die Klarheit auf dem Gebiete der Hauttumoren gefördert werden können.

Was nun zum Schlusse den Namen anlangt, so möchte ich vorschlagen, zu dem von Brooke gewählten, Epithelioma



adenoides cysticum zurückzugreifen, da er nach allen Seiten freien Spielraum lässt, dabei aber die nothwendigen Symptome kurz zusammenfasst. Die Bezeichnung Akanthoma ist von Unna gewählt worden, da es sich höchstwahrscheinlich um eine Wucherung echter Stachelzellen handelt, der Beweis dafür ist aber bisher nicht erbracht. Ich glaube daher die mehr indifferente Benennung Epithelioma wählen zu sollen, und zwar ohne die Vorsatzsilbe Tricho, da dadurch nur eine kleine Gruppe aus dem Ganzen herausgerissen wird. Auf den Zusatz multiplex muss man, glaube ich, verzichten, da in meinem Falle die Neubildung nur in einem Exemplare vorhanden war, ebenso auch auf den des Wortes benignum, da die Bezeichnung Epithelioma an sich nicht eine Malignität ausspricht (cf. Epithelioma molluscum Epithelioma folliculare etc.), andererseits unsere Neubildung ihren benignen Charakter aber auch zu ändern vermag, wie vorher erwähnt wurde. Dagegen scheint es zweckmässig, dem Hauptworte das Adjectivum adenoides hinzuzufügen, da durch dasselbe die Form der epithelialen Wucherungen ganz allgemein hervorgehoben, und auf die äussere Aehnlichkeit in der Configuration mit Talgdrüsen wie mit Schweissdrüsen hingewiesen wird.

Jarisch führt berechtigter Weise aus, dass bei den Epitheliomen die Cystenbildung häufig vorkommt, und dass es daher unnöthig wäre, dieses in dem Namen ausdrücklich zu betonen; doch glaube ich gerade wegen der Constanz dieses Befundes darauf nicht verzichten zu dürfen, und möchte daher den von Brooke gewählten Namen für die Affection wieder in Vorschlag bringen. Ich nehme dabei auch von der in der französischen Literatur vorfindlichen Trennung der Epitheliome in tubuläre und lobuläre Abstand, weil bei der Vermischung beider Typen, wie sie sich schon aus den mitgetheilten Fällen ergibt, ein dritter gemischter Typus resultiren würde, dadurch aber eine strenge Scheidung von vornherein unmöglich werden dürfte.

Ich möchte nicht versäumen darauf hinzuweisen, dass auch in der ophthalmologischen Literatur eine Affection bekannt ist, die unter den Namen Dermoepitheliom, Cystoepitheliom, benign cystic epithelioma, cystoépithéliome sousconjonctival,



Epithelioma cysticum congenitum beschrieben, und zuletzt von Best als gutartiges cystisches Epitheliom der Bindehaut benannt worden ist. Nach Parinaud, auf den sich dieser Autor mit stützt, handelt es sich in den hierher gehörigen Fällen um, wenn nicht angeborene, so doch in der Kindheit entstandene Tumoren der Conjunctiva, in der Regel am äusseren Hornhautrande. Sie sind gelbröthlich gefärbt, durchscheinend, mit etwas gelappter Zeichnung, ohne tiefere Ulcerationen, und auf der Sclera verschieblich.

Mikroskopisch finden sich epitheliale Zellstränge, die vom Deckepithel ausgehen, unter diesem herziehen, sich kreuzen und verschmelzen und Hohlräume mit krümeligem Inhalt oder auch blasig und schleimig degenerirten Zellen enthalten.

Best hat einen hierhergehörigen Fall beschrieben, mikroskopisch untersucht, und eine Abbildung der histologischen Verhältnisse gegeben, die mit dem vorstehenden im Wesentlichen übereinstimmen. Nach Angabe der Eltern wurde der kleine Tumor am Hornhautrande im dritten Lebensjahre zuerst bemerkt, die Farbe war gelblich gallertig durchscheinend, und bei der ersten Untersuchung auf der Sclera verschieblich, 4 Jahre später, als der Tumor gewachsen war, adhärent. Grössere sichtbare Gefässe ziehen in die Geschwulst hinein.

3 Jahre nach der Exstirpation kein Recidiv. Die mikroskopische Untersuchung stimmte mit den Befunden von Parinaud, Kalt, Panas, Schapringer, deren Publicationen mir nicht zugänglich waren, überein. Das Conjunctivalepithel war, von der Peripherie anfangend, normal, dann bildeten sich bei gleichzeitiger Verdickung desselben kleine Sprossen und in dem subconjunctivalen Gewebe zahlreiche Gefässe. Beide Gewebsarten durchwachsen einander. An ausgebildeten Stellen zeigt sich ein von schmalen, untereinander anastomisirenden Epithelzügen gebildetes Balkennetz, in dessen Maschen reichlich vascularisirtes Bindegewebe liegt. Auf der Höhe des Tumors finden sich, bis zum gewissen Grade subconjunctival, die soliden Epithelsprossen, die zum Theil durch Degeneration der innersten Zellen zu Cysten umgewandelt sind. Die innersten Zellen sind gross, rund gequollen oder verhornt, der Cysteninhalt dementsprechend gequollene desquamirte Epithelzellen, selten amorphe,

krümelige, oder schleimige Massen. Die Tumormassen stehen durch „Ausführungsgänge“ mit dem Deckepithel in Verbindung, wodurch bis zum gewissen Grade das Aussehen einer Drüse oder eines Adenoms hervorgebracht wird. Doch lassen diese Ausführungsgänge meist ein Lumen vermissen, ihre innersten Zellen sind fast durchgehends verhornt. Nach dieser Schilderung, sowie nach den beigefügten Abbildungen handelt es sich offenbar um secundäre Degenerationen und Verhornungen in den ursprünglich soliden Epithelzapfen, ein Vorgang, der dem bei der Bildung der Cysten identisch sein dürfte.

Es entspricht demnach der bei den geschilderten Neubildungen der Conjunctiva erhobene Befund genau dem bei den Hauttumoren gefundenen, und ich stehe nicht an, die beiden Neubildungen als identisch anzusehen.

Interessant ist bei den Tumoren der Conjunctiva die absolute Benignität, kein Recidiv nach operativer Entfernung.

Die Tumoren, welche seit der Geburt bestanden, erfuhren deutliches Wachsthum in der Pubertätszeit, die Mehrzahl wurde erst zu dieser Zeit bemerkt.

Es ist hier, ebenso wie bei den gleichen Tumoren der Haut, die noch unentschiedene Frage, ob dieselben congenitale Bildungen darstellen, die langsam sich vergrössern und nur in der Pubertätszeit eine erheblichere Zunahme erfahren, oder ob die ganze Entstehung sich erst aus dieser Zeit datirt.

Gerade am Auge, wo die geringste Gewebszunahme und Veränderung nicht alleine sehr frühzeitig gesehen wird, sondern auch wegen der Functionsbeeinträchtigung zur ärztlichen Kenntniss kommt, werden wir bezüglich der ätiologischen Momente der Tumoren am ersten eine Aufklärung erhoffen dürfen.

Nachtrag.

Die vorliegende Arbeit war zum Drucke fertig gestellt, als ich die im letzten Hefte dieses Archivs (Bd. LIV, Heft 1) veröffentliche Publication J. Neumann's zu Gesicht bekam.

Ich muss auf dieselbe hier eingehen, nicht weil die in meiner Arbeit über Hämangioendotheliom (l. c.) ausgesprochene Vermuthung



dadurch für mich bestätigt wird, dass es sich bei den zwei von Neumann in der Gesellschaft der Aerzte am 26./XI. 1899 demonstrirten Fällen auch um Hämangioendotheliome handelte, sondern weil der Autor die Fälle von Philippson, Brooke, Fordyce mit den seinigen identificirt, und auch den Petersen'schen heranzieht.

Dieser letztere muss seiner Eigenart wegen aus der Discussion völlig ausscheiden, da bei ihm absolut sicher bewiesen ist, dass die Neubildungen alle von den Schweissdrüsen ausgingen, was bei allen Fällen von Syringom, Syringocystadenom und wie die Synonyma alle lauten, vergeblich versucht wurde. Alle Schläuche der Neubildung wiesen eine Membrana propria auf, und keine Cysten mit koloidem oder hornigem Inhalte. Abgesehen von diesen histologischen Thatsachen, war das klinische Bild ein absolut anderes. In den oben eingehend besprochenen Fällen von Philippson, Brooke, Fordyce, ist der directe Ausgang der Neubildung vom Epithel nachgewiesen, während bei Neumann's Fällen das Epithel intact war, jedenfalls ein Zusammenhang der Geschwulstelemente mit demselben nicht nachgewiesen werden konnte. Dagegen glaubt Neumann nachgewiesen zu haben, dass die Neubildungen von den Drüsenknäueln und von den Ausführungsgängen ihren Ursprung nehmen.

Angenommen, dieser Beweis wäre erbracht, so würde daraus direct folgen, dass seine zwei Fälle mit den der drei oben genannten Autoren nicht identisch sein können.

Aber auch der Nachweis, dass die Geschwülstchen von den Schweissdrüsen sich herleiten, scheint mir von Neumann ebensowenig erbracht, wie vor ihm von Jacquet und Darier, Török, Unna, Philippson u. A.

Wie aus der Arbeit (pag. 11) ersichtlich ist, stützt der Autor seine Ansicht auf die Befunde an den Drüsenknäueln und deren Ausführungsgängen. Diese Befunde werden wie folgt mitgetheilt: „Die Knäueldrüsen scheinen auffallend vermindert zu sein, an einzelnen ihrer Ausführungsgänge finden sich solide Knospen, welche in Form und Structur besonders durch lückenlose Serienschnitte mit den vorhin beschriebenen, die Geschwülstchen constituirenden cystenförmigen Räumen einschliesslich ihres Inhaltes identisch erscheinen."

„Derartige Hohlräume trifft man auch an den Drüsencanälen selbst. Allenthalben findet man neben normalen Drüsenausführungsgängen entweder die vorerwähnten Sprossen solid oder mit erweitertem Lumen mit koloidem Inhalte."

Auf der diesen Befund illustrirenden Abbildung sieht man aber deutlich, dass eine cystische Neubildung einem Schweissdrüsengange an, und mit der einen Seite aufliegt, und dass zwischen beiden Gebilden noch Bindegewebsfasern liegen. Ein directer continuirlicher Zusammenhang zwischen Schweissdrüse und Cyste, den das Wort Knospe vermuthen lässt, wird durch die Zeichnung nicht einwandsfrei bewiesen, zumal auch in der Beschreibung ein deutlicher und eingehender Hinweis darauf fehlt. Der exacte Nachweis, dass die Neubildungen vom Schweissdrüsenapparate stammen, ist meiner Ueberzeugung nach auch von Neumann nicht



geliefert, vielmehr weisen die klinischen Befunde, zusammen mit den histologischen, zwingend darauf hin, die Fälle als identisch zu bezeichnen mit den von Jacquet-Darier, Quinquaud, Török, Kromayer, Lesser-Beneke, Jarisch, Elschnig, Wolters beobachteten.

Sie können daher auch nicht mit den Fällen von Philippson, Brooke, Fordyce beschriebenen identificirt werden, deren Charakter als Epithelioma adenoides cysticum ich in vorstehenden Untersuchungen festgestellt zu haben glaube.

Literatur.

1. Audry et Nové-Josserand. Epithélioma et idradénome. Lyon medical 1892. cf. Bernard. Thèse de Paris.

2. Balzer et Ménétrier. Etude sur un cas d'adénomes sebacées de la face et du cuir chevelu. Archives de Physiologie 1885. Nr. 7.

3. Balzer et Grandhomme. Nouveau cas d'adénomes sebacées de la face. Archives de Physiologie 1886.

4. Bernard, J. Contribution à l'étude du syringo-cystadénome. Thèse de Paris 1897.

5. Brooke. Epithelioma adenoides cysticum. Monatshefte für praktische Dermatologie. Bd. XV. p. 589.

6. Caspary. Ueber Adenoma sebaceum. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1891. Bd. XXIII.

7. Chambard. Annales de Dermatologie. 1886. p. 437.

8. Crocker-Radcliff. Adenoma sebaceum. II. International. Dermatolog. Congress. Wien 1892.

9. Dyer, Isador. Multiple benign cystie Epitheliomata. New Orleans medical and surgical Journal. March 1898. p. 530. cf. Annales de Dermatologie et Syphil. IX. p. 588.

10. Elschnig. Verhandlungen d. Deutschen Dermatol. Gesellschaft V. Congress. p. 11 u. Wiener med. Wochenschrift. 1898. p. 1519.

11. Fordyce. Multiple benign cystic epitheliomata of the skin. Journal of cutaneous and Genito-urinary Diseases 1892. p. 459.

12. Hallopeau. Hydradénome compliqué d'épithéliome. Annales de Dermatologie et syphiligraphie. 1890. p. 872.

13. Jarisch. Zur Lehre von den Hautgeschwülsten. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. XXVIII. p. 163.

14. Joseph. Ueber Naevocarcinome. Beiträge z. Dermatologie u. Syphilis. Festschrift gewidmet Herrn Hofrath Dr. J. Neumann. 1900. p. 357.

15. Perry. Adenome der Schweissdrüsen. Internat. Atlas seltener Hautkrankheiten. Heft 3.

16. Philippson. Die Beziehungen des Colloidmilium (E. Wagner) der colloiden Degeneration der Cutis (Besnier) und des Hydradenoms



(Jacquet-Darier) zu einander. Monatsheft für prakt. Dermatologie. 1890. Bd. XI.

17. Pringle. Ueber einen Fall von congenitalem Adenoma sebaceum. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. X. p. 197.

18. Unna. Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894. p. 1140.

19. Waelsch. Arch. f. Dermatologie. Bd. XLIX. 1899.

20. White, James C. Multiples benignes Cystepitheliom. Journal of cutaneous and genito-urinary. Diseases 1894. p. 477.

21. Best. Ueber gutartige cystische Epitheliome der Bindehaut. Beiträge zur Augenheilkunde. Band IV. 1899.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. VI u. VII.

Tafel VI. 1. Uebersichtsbild. Corium durchsetzt von epithelialen Strängen und Zügen; bei *a)* eine Cyste mit Hornkugel, an deren Wandung noch epitheliale Fortsätze zu sehen sind; bei *b)* eine Kalkeinlagerung mit Infiltrat in der Umgebung; bei *c)* Ursprung eines Epithelstranges von einem interpapillären Zapfen.

2. Fingerförmige Epithelzüge von einem interpapillären Zapfen ausgehend, auf dessen linker Seite eine grosse Verkalkung liegt.

3. Epithelstrang direct aus dem Epithel entspringend, dessen obere Verästelung in eine Cyste mit verkalktem Inhalte endigt.

4 und 5. Epitheliale Cysten, in deren Wandungen Kerntheilungen liegen; bei 4 beginnende centrale Degeneration. bei 5 ausgebildete geschichtete Hornkugel und Keratohyalineinlagerungen in den central gelegenen Zellschichten.

Tafel VII. 6. Epithelstränge von einem Haarbalge ausgehend.

7. Epithelkugel an einem Epithelstrang. Zerfall in Riesenzellen und Kalkeinlagerung.

8. Epithelstrang in eine Cyste mit Hornkugel übergehend.

9. Dickere, massigere epitheliale Züge vom Epithel direct ausgehend, in welchem bei *a*) eine Hornkugel eingebettet liegt.

10. Cystische Erweiterung eines Schweissdrüsenganges, dessen Fortsetzung darunter sichtbar ist; rechts davon Epithelstrang und Epithelkugel.

11. Dasselbe bei starker Vergrösserung. Das Drüsenepithel zottig gewuchert; deutliche bindegewebige Trennung von der dicht anliegenden Epithelkugel.



Fig. 1.

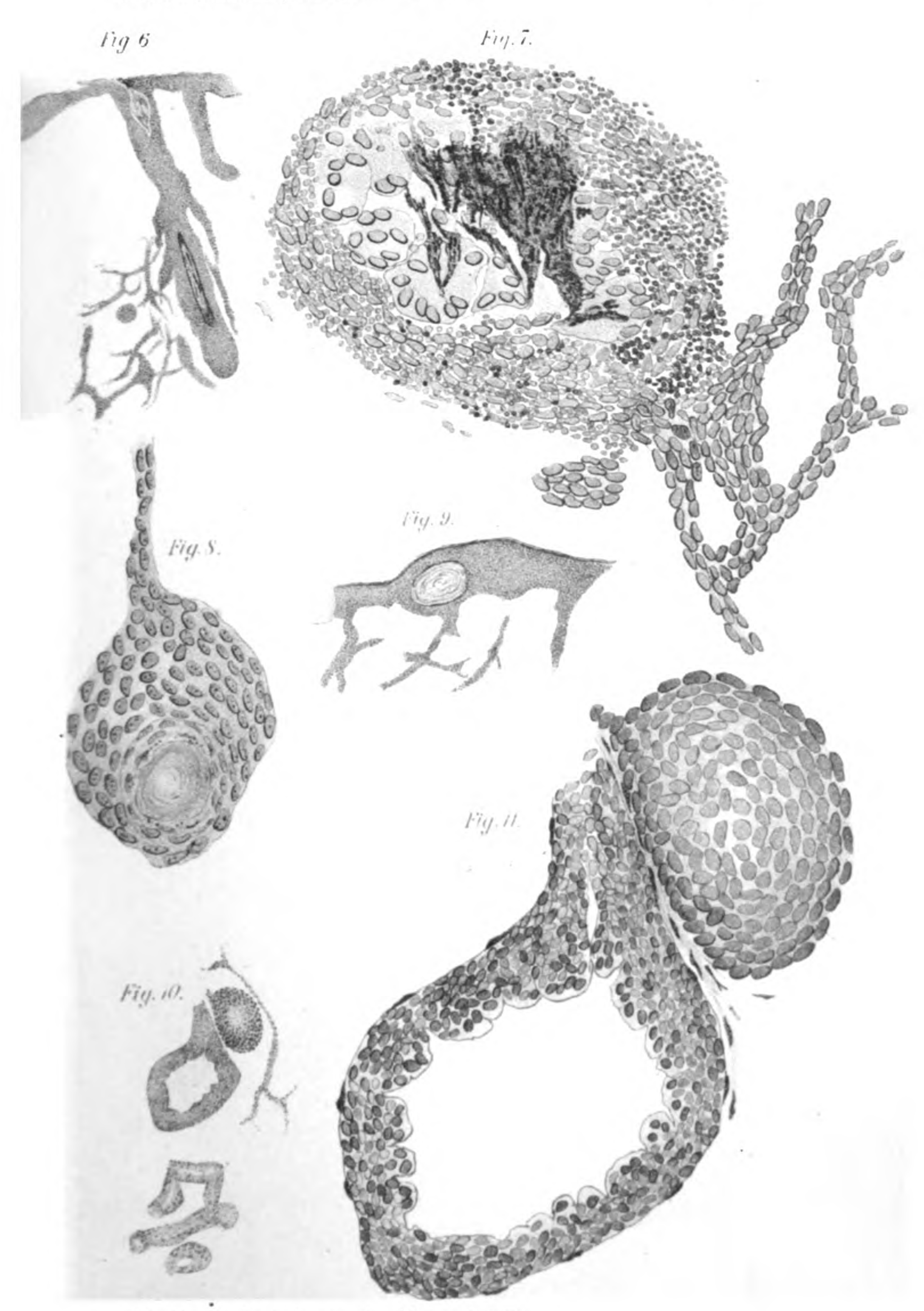
Fig. 2.

Fig. 4.

Fig. 3.

Fig. 5.


Wolters: Epithelioma adenoides cysticum



Wolters. Epithelioma adenoides cysticum



Aus der Abtheilung für Hautkranke des städt. Krankenhauses zu Dortmund (Dr. Fabry).

Ueber einen Fall reiner Gonococcencystitis, complicirt durch heftige Blasenblutungen.

Von

Dr. **Heller**,
früher Assistenzarzt der Abtheilung.

Das Studium der Gonorrhoe mit ihren Complicationen und Folgekrankheiten ist seit der Entdeckung des Gonococcus durch Neisser in eine neue Epoche eingetreten. Erst durch den Nachweis des Gonococcus gelang es, den Zusammenhang zwischen Gonorrhoe und gewissen Erkrankungen des Peritoneums, des Endocards, der Gelenke mit Sicherheit festzustellen. Im Gegensatz zu diesen konnte man bei den Erkrankungen des Urogenitaltractus, die sich im Anschluss an die Gonorrhoe entwickelten, schon aus der klinischen Beobachtung einen ursächlichen Zusammenhang zwischen beiden mit Bestimmtheit nachweisen. Fraglich war nur, wie weit man den Gonococcus für die Entstehung dieser Krankheiten verantwortlich machen sollte, wie weit andre Mikroorganismen. Eine der häufigsten Complicationen dieser Art ist die Cystitis gonorrhoica. Es ist Finger's Verdienst, ihr Krankheitsbild genau präcisirt und die Urethritis acuta posterior, die oft mit ihr verwechselt wurde, davon abgetrennt zu haben. Um ihre bakteriologische Erforschung haben sich zahlreiche Autoren bemüht, doch stimmen alle älteren Forscher darin überein, dass sie als eine Mischinfection zu betrachten sei. Der erste, welcher auf das Vorkommen einer rein gonorrhoischen Cystitis



hinwies war Barlow, der zwei Fälle aus der Neisser'schen Klinik veröffentlichte. Einen anderen Fall publicirte gleichzeitig und unabhängig von ihm Krogius. Weitere Veröffentlichungen folgten von Wertheim und Bierhoff.

Der Fall, dessen Beobachtung Veranlassung zu der vorliegenden Publication gab, muss gleichfalls als eine echte gonorrhoische Cystitis betrachtet werden, die sich durch das Auftreten lang anhaltender, schwerer Blutungen von den bisher veröffentlichten Fällen nicht unwesentlich unterschied.

Patient ist verheiratet und Vater von zwei gesunden Kindern. Die Frau des Patienten soll gesund sein; Patient hat sich aussereheIich inficirt. Nach seiner Angabe soll die Infection mit Gonorrhoe am 3. September 1898 stattgefunden haben. Zeichen einer Blasenentzündung waren während des acuten Stadiums der Krankheit nicht vorhanden. Im November 1899 kam Patient in die Behandlnng des Herrn Dr. med. Johann Fabry zu Dortmund. Von diesem wurde Gonorrhoea ant. et post. chron. sowohl auf endoskopischem Wege wie mikroskopisch nachgewiesen. Patient wurde mit Höllensteininstillationen nach Ultzmann behandelt und zwar wurde jeden dritten Tag eine Instillation in die pars posterior und anterior gemacht. Zwischendurch machte der Patient Injectionen mit verschiedenen Lösungen. Unter dieser Therapie trat Besserung des Zustands ein, wie wiederum endoskopisch und mikroskopisch durch das Schwinden der Leukocyten und Gonococcen nachgewiesen wurde, so dass Ende Januar mit der Therapie sistirt werden konnte. Hier muss bemerkt werden, dass der Patient verschwiegen hatte, dass er verheiratet sei und nachher zugab, auch während der Behandlung mit Instillationen öfter coitirt zu haben. Selbstverständlich wurde das dem Patienten streng untersagt. Drei Wochen nach der letzten Instillation, am 13. Februar, bemerkte der Patient, der die Nacht sehr stark coitirt hatte, dass sein Harn roth gefärbt war. Der deshalb zu Rathe gezogene Arzt verordnete Bettruhe, Milchdiät, Liquor Ferri und Mandelmilch. Trotzdem trat am Morgen des 14. heftiger Urindrang ein, so dass der Kranke nur 5 bis 10 Minuten den Harn zurückhalten konnte. Die Entleerungen waren im Anfang fast rein blutig; in den folgenden Tagen nahm der Urin wieder wässerige Beschaffenheit an, zeigte sich aber noch dunkel verfärbt. Schmerzen und Harndrang verschwanden, so dass der Patient am 20. Februar zum erstenmal das Bett verlassen konnte. Am 26. Februar nahm der Patient, der vorher kleinere Spaziergänge gemacht hatte, ohne eine Veränderung seines Urins zu bemerken, seinen Dienst (Bureaudienst) wieder auf. Schon nach einigen Stunden musste er aber wieder nach Hause zurückkehren, da sein Harn sich intensiv roth gefärbt zeigte. Irgendwelche Beschwerden beim Uriniren waren nicht vorhanden. Dennoch dauerte diesmal die völlige Klärung des Urins länger als beim ersten



Anfall, so dass der Kranke erst am 15. März den Dienst für halbe Tage wieder aufnehmen konnte. Am 17. März wurde gelegentlich einer Untersuchung eine Metallsonde (Charrière Nr. 23) ohne Schmerz und ohne Blutung eingeführt. Am 19. trat Abends, nachdem der Patient zum erstenmal seinen Dienst einen ganzen Tag verrichtet hatte, eine heftige Blutung ein. Und zwar wurden ohne besondere Schmerzen mässig starke Blutgerinnsel, die oft von einer Speckhaut umgeben waren, mit dem Urin entleert. Der Patient fühlte, wie hin und wieder sich ein Gerinnsel vor die innere Harnröhrenöffnung legte und die Miction behinderte. Am folgenden Tage begab sich der Patient in das städtische Luisenhospital zu Dortmund. Die hier eingeschlagene Therapie bestand in Ausspülung der Blase mit 0·2procentiger Salicyllösung, Application einer Eisblase auf das Hypogastrium und Morphium subcutan. Der dunkelrothbraun gefärbte Harn klärte sich an den beiden folgenden Tagen wieder auf. Doch schon am 22. trat im Anschluss an die Defäcation eine erneute Blutung ein, die sich von der vorigen dadurch unterschied, dass sie von äusserst heftigen Schmerzen begleitet war. Nach dieser Attaque klärte sich der Urin bald wieder auf, so dass er am 28. nur noch einen schwach rothen Schimmer besass. Daneben enthielt er reichlich schleimig-eitriges Sediment, das bei der Dreigläserprobe alle 3 Portionen gleichmässig trübte. Die täglich vorgenommene mikroskopische Untersuchung liess niemals Theile einer Geschwulst entdecken, dagegen stets reichlich Gonococcen, theils in mehrkernigen Leukocyten, theils in Blasenepithelien liegend und zwar wie in Reincultur; niemals andere Bakterien.[1]) Was die zelligen Elemente anbetrifft, so überwogen kurz nach einer Blutung natürlich die rothen Blutkörperchen, später Blasenepithelien und polynucleäre Leukocyten. Während dieser Zeit wurde die Winternitz'sche Kühlsonde applicirt, ohne dass jemals dadurch eine Blutung hervorgerufen wäre. Dagegen wurde diese sofort ausgelöst durch vorsichtige Abtastung der Prostata per rectum, die übrigens auch keinen Anhaltspunkt für das Vorhandensein eines Blasentumors gab.

Am 7. und am 22. April erfolgten — ohne äussere Veranlassung — geringe Blutungen, die jedoch das Allgemeinbefinden in keiner Weise beeinflussten. Deshalb verliess der Patient am 23. April das Krankenhaus, wurde aber schon am Abend von einer heftigen Blutung überrascht, die sich wiederum nicht wesentlich von der oben beschriebenen unterschied. Da im städtischen Krankenhaus wegen baulicher Veränderungen kein Platz war, begab sich der Patient auf Anrathen des Herrn Dr. Fabry in ein auswärtiges Krankenhaus.

Fabry hatte Gelegenheit, dort den Fall eingehend mit dem Chirurgen zu besprechen, der nach mehrtägiger Beobachtung zu derselben Diagnose wie er kam, dass es sich nämlich

[1]) Selbstverständlich erstreckte sich die Untersuchung jedesmal auch auf den ev. Nachweis von Tuberkelbacillen.

um den seltenen Fall eines gonorrhoischen Ulcus vesicae urinariae an der der Prostata zugekehrten Seite der Blase handle und dass die Gonococcen allein, die auch hier sozusagen in Reincultur und in typischer Lagerung nachgewiesen wurden, die wahre Ursache der Erkrankung seien. Es lässt sich darüber streiten und ist mit Sicherheit kaum festzustellen, ob das Ulcus vesicae gonorrhoicum oder aber die Cystitis gonorrhoica das Primäre war, wir neigen zu der ersteren Annahme. Es wurde beschlossen, noch einige Tage abzuwarten und wenn dann nicht eine entschiedene Besserung einträte, per urethram durch Auskratzen dem Geschwür beizukommen. Von der Eröffnung der Blase durch die sectio alta rieth der Chirurg ab, da dort zu leicht durch die Gonococcen eine Infection der gesetzten Wunde verursacht werden könnte. Am 7. Mai wurde denn auch die Blase in Narkose ausgekratzt. Bei der Operation wurde eine Unmasse schmieriger Gerinnsel entleert, dagegen keinerlei Geschwulsttheile.[1]) Die Reaction auf den Eingriff war eine verhältnissmässig geringe und der Erfolg ein vorzüglicher. Der Urin klärte sich schon nach 2 Tagen auf und zu einer stärkeren Blutung kam es nicht wieder. Nur hie und da liess sich, namentlich im Anschluss an den Stuhlgang, noch eine leichte Rothfärbung des Harnes bemerken. Am 5. Juni nahm der Patient seinen Dienst wieder auf. Eine am 29. Mai vorgenommene Untersuchung zeigte den Urin schwach getrübt, spärlich Fädchen enthaltend. Mikroskopisch fanden sich Schleimfäden, Blasenepithelien und Eiterzellen; ausserdem zahlreiche Gonococcen grösstentheils frei, hin und wieder in Leukocyten liegend. Patient wurde mit Spülungen nach Janet und Instillationen nach Ultzmann behandelt. Ende August wurde der Urin klar, frei von Filamenten. In den nächsten Monaten stellte sich der Patient wiederholt vor und stets ergab die mikroskopische und chemische Untersuchung vollkommen normale Verhältnisse. Der Patient fühlt sich wohl und legt sich in keiner Beziehung, auch im geschlechtlichen Leben, nicht den

[1]) Die Operation richtete sich, wie schon oben angedeutet wurde, auf die hintere Blasenwand, als den wahrscheinlichen Sitz des gonorrhoischen Ulcus und der Erfolg der Operation hat ergeben, dass diese Annahme richtig war.

geringsten Zwang auf. Er ist also jetzt wohl, nachdem die Heilung ein halbes Jahr Stand gehalten hat und keine Blutung mehr eingetreten ist, als vollständig geheilt zu betrachten.

Anmerkung bei der Correctur. Es mag hier noch hinzugefügt werden, dass die in häufigen Schüben sich wiederholenden heftigen Blutungen eine so schwere allgemeine Anämie herbeigeführt hatten, dass weitere Blutungen für den Patienten eine directe Lebensgefahr gebracht hätten. Zum energischen operativen Eingreifen lag also gewiss ein berechtigter Anlass vor.

Literatur.

1. Casper. Experimentelle Studien zur Pathologie und Therapie der Gonorrhoe. Berl. klin. Wochenschr. 1887.

2. Fürbringer. Die inneren Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

3. Heizmann. Die Krankheiten der Harnblase. Herausgegeben von Dr. M. Schustler.

4. Finger. Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen.

5. Barlow. Beiträge zur Aetiologie, Prophylaxe und Therapie der Cystitis. Archiv für Dermat. und Syph. 1893.

6. Guyon. Klinik der Krankheiten der Harnblase und Prostata.

7. Casper. Ueber Cystitis colli gonorrhoica. Dermatologische Zeitschrift. 1894.

8. Joseph. Lebrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

9. Tillmanns. Lehrbuch der speciellen Chirurgie.



Erwiderung auf die Bemerkung von Dr. Scholtz zu meiner Arbeit: Wann können wir die Gonorrhoe als geheilt ansehen?

Von

Dr. **Leonhard Leven**, Elberfeld.

In dem vorliegenden Archiv, Band LV, pag. 46, findet sich im Anschluss an meine obengenannte Arbeit eine Bemerkung von Scholtz über dieselbe; ich möchte auf diese Bemerkung mit einigen Worten erwidern, ausführlicheres über die in Rede stehende Frage selbst gedenke ich später noch folgen zu lassen.

Der Gedankengang meiner Arbeit ist der, dass ich ausführe: Wir sehen einige Zeit nach Aufhören der Therapie zwei verschiedene Reihen von Befunden; einmal sehen wir eine reine Epitheldesquamation mit oder ohne zahlreiche Bakterien, — und dass ersteres, wie Scholtz meint, ein seltener Befund sei, dagegen möchte ich entschieden protestiren, es ist dieser Befund einige Zeit nach Ausheilung der Gonorrhoe in meinem Sinne der gewöhnliche, wie Jeder leicht nachprüfen kann —, sodann sehen wir in einer anderen Reihe von Fällen, wie sich dem Epithel wieder Leukocyten beigesellen und ich habe zu ermitteln versucht, worauf diese Verschiedenheit zurückzuführen ist. Ich habe den Beweis zu erbringen versucht, dass die Bakterienflora als solche eine länger dauernde Eiterung in der Urethra nicht zu unterhalten im Stande sei, das zeigt uns ihr so häufiges Vorkommen ohne Pus, wie andererseits das häufige Vorkommen von Leukocyten ohne diese Bakterien. Es muss also noch ein besonderer Factor in diesen Fällen vorhanden sein, welcher die Eiterung unterhält und dies ist meines Erachtens der einzige sichere Eitererreger der Urethra, welchen wir kennen, der Gonococcus. Durch weitere Erwägungen habe ich diese Ansicht noch zu unterstützen versucht, meiner Auffassung nach mit voller innerer Berechtigung; ausdrücklich habe ich betont, dass ich den mathematischen Beweis nicht erbringen kann, dieser muss erst durch eingehende, vor allem mit Culturversuchen verbundene Unter-



suchungen erbracht werden, und ich wäre im Interesse der Sache Jedem dankbar, welcher sich der Mühe unterzöge, meine Angaben auf diese Weise nachzuprüfen, mir als einem inmitten der Praxis Stehenden erlaubt es die Zeit nicht, dies zu thun.

Wie hat nun Scholtz mich zu widerlegen versucht? Auf den Gedankengang meiner Arbeit ist er gar nicht eingegangen, sondern er stellt zunächst nur meiner Behauptung, „dass die Anwesenheit von Leukocyten längere Zeit nach Sistirung der Behandlung in uncomplicirten Fällen durch das Vorhandensein von Gonococcen bedingt sei, die Behauptung gegenüber, dass die leukocytenhaltigen Urinfilamente, welche häufig nach einer Gonorrhoe zurückbleiben, zum allergrössten Theile nicht mehr auf Gonococcen zurückzuführen seien und dass ihre Träger sich in der Ehe zum allergrössten Theile als nicht infectiös erwiesen". Gegen diese Anschauung wende ich mich ja gerade in meiner Arbeit und Scholtz hätte, wenn er mich widerlegen wollte, Gründe anführen müssen, welche gegen meine Ansicht sprechen. Als Beweis führt er dagegen nur an „die vieltausendfache Erfahrung all' der Autoren, welche sich eingehender mit dieser Frage beschäftigt haben", sowie seine eigenen und Casper's Untersuchungen. Dass seine Anschauung bis jetzt noch von vielen Fachcollegen getheilt wird, will ich nicht in Abrede stellen; ich wende mich ja jetzt erst gegen diese Anschauung unter Beibringung eines neuen Gesichtspunktes und es muss sich erst zeigen, ob nicht viele Untersucher, wenn sie auf meine Angaben hin noch kritischer untersuchen, zu demselben Resultate kommen wie ich. Aber wie will Scholtz denn die Richtigkeit seiner Angaben beweisen? Dass die Untersuchung der Filamente selbst vermittelst des Culturverfahrens sehr oft ein negatives Resultat geben wird, auch bei Anwesenheit von Leukocyten, habe ich nie bestritten. Es ist mir ja nicht eingefallen zu behaupten, dass jedes Filament als solches infectiös und gonococcenhaltig sei, aber dasjenige, was die Eiterung in solchen Fällen im Grunde erst ermöglicht, ist der in der Tiefe sitzende Gonococcus. Scholtz musste also, um ein sicheres Resultat zu erzielen, erst provokatorisch reizen, und nach einem solchen Vorgehen die Fälle untersuchen. Und wie die Fälle sich nach einer solchen Provocation gestalten, dafür sind ja gerade die Mittheilungen so lehrreich, welche Wossidlo — Deutsche med. Wochenschrift, 1900, Nr. 48 — gemacht hat. Wossidlo fand gerade in Fällen von sogenannter aseptischer chronischer Urethritis, die also zu denjenigen gehören würden, welche Scholtz als nicht auf Gonococcen beruhend bezeichnet, dass, nachdem Gonococcen bei vielfachen Untersuchungen nicht gefunden worden waren, nach Dilatationen, also einem mechanisch-provocatorischen Vorgehen, plötzlich Gonococcen in Massen sich wieder zeigten. Und welcher Fachcollege hat nicht in seiner Praxis so und so viele Fälle erlebt, in welchen er, nachdem bei monatelangen sorgfältigen Untersuchungen Gonococcen nicht gefunden wurden, plötzlich ohne frische Infection Recidive mit Gonococcen wieder auftraten, wer hat nicht Infectionen in der Ehe bei Patienten erlebt, welchen er nach sorgfältiger Controle als gonococcenfrei

den Consens zur Ehe ertheilt hatte. Gerade solche Fälle von sogenannter aseptischer chronischer Urethritis, in welchen ich bei häufigen Untersuchungen keine Gonococcen mehr fand und bei denen ich dann plötzlich ohne neue Infection ein Recidiv auftreten sah, haben mich ja dazu veranlasst, ein Kriterium zu suchen, welches uns eine Handhabe zur Beurtheilung der Frage, ob noch Gonococcen vorhanden sein können, geben soll. Ich stelle also der Behauptung Scholtz's, dass seine Anschauung durch die Erfahrung vieler Autoren und durch seine und Casper's Untersuchungen gestützt würden, die Behauptung entgegen, dass die Erfahrungen unzähliger Anderer, welche zwar nicht alle in der Literatur niedergelegt sind, und Wossidlo's sowie meine Untersuchungen für meine Anschauung sprechen, und ich wage zu behaupten, dass, wenn wir eine Enquête unter den Fachcollegen anstellen würden, auf meiner Seite wenigstens ebensoviele Erfahrungen stehen würden wie auf der seinigen. Wie will Scholtz weiterhin die unzähligen, in der Ehe auf chronischem Wege vor sich gehenden Infectionen erklären, von deren so überaus häufigem Vorkommen die Procentzahlen unserer Gynäkologen eine so beredte Sprache reden? Nach meiner Ansicht sind sie gerade auf diese Filamente zurückzuführen, durch die im Laufe der Zeit die Infection herbeigeführt wird; sollen nun alle diese Fälle durch seine höchstens 10% — bei Casper sogar nur 8% — gonococcenhaltigen Filamente erklärt werden? Wie deutet er einen Fall, welchen ich heute untersucht habe, in welchem vor einigen Tagen plötzlich eine typische Epididymitis auftrat. Letzte Gonorrhoe vor sehs Jahren, in der Zwischenzeit keinerlei Symptome, trotztem der betreffende Patient sich während dieser Zeit — er ist Junggeselle — weder in Baccho noch in Venere geschont hat, also wohl genügende Gelegenheit zu provocatorischen Reizungen vorgelegen hat. Mikroskopischer Befund: Leukocyten plus Epithelien, keine Bakterien; soll ein solcher Fall nach sechsjährigem Intervalle trotz Bacchus und Venus auch zu den 10% gehören?

Diejenigen Herren, welche die völlige Beseitigung der Fäden und Flocken aus dem Urin verlangen, ehe sie den Eheconsens ertheilen und die Gonorrhoe für geheilt erklären, haben jedenfalls dieselbe Empfindung, dass, solange noch Fäden vorhanden sind, sehr häufig Infectionen vorkommen, und dass selbst der wiederholte negative Befund an Gonococcen keine genügende Sicherheit gewährt. Es ist selbstverständlich, dass sie für diese Empfindung ihre genügenden Erfahrungen gesammelt haben, und es ist Scholtz wohl auch bekannt, dass es nicht wenige Autoren gibt, welche sich zu diesem Standpunkte bekennen. Sie haben nur generell die Beseitigung der Filamente verlangt, während ich die Sache dahin präcisire, dass wir darauf achten müssen, ob die Fäden noch Leukocyten enthalten; jedenfalls beweist das Verlangen dieser Autoren, dass sie die Ansicht von Scholtz, dass in höchstens 10% die Träger der leukocytenhaltigen Filamente infectiös wären, nicht theilen, denn sonst würden sie sicherlich nicht die ausnahmslose Beseitigung der Faden verlangen. Und gerade dies soll für mich ja auch nur ihr Vorgehen beweisen, dass



es eben eine grosse Anzahl von Autoren, welche sich mit der Frage der Gonorrhoeheilung eingehend beschäftigt haben, gibt, welche sich der Ansicht von Scholtz, auf welche gestützt dieser meinen Beweis als „durchaus nichtig" bezeichnen zu können glaubt, nicht anschliessen.

Scholtz sagt, dass nach seinen Erfahrungen und Untersuchungen in höchstens 10% diese leukocytenhaltigen Filamente auf Gonococcen beruhten; schon das Wort „höchstens" beweist, dass es sich um eine approximative Schätzung handelt. Es ist selbstverständlich, dass man bei Untersuchungen, welche zur Klärung dieser Frage dienen sollen, äusserst vorsichtig sein muss. Dass das Nichtfinden von Gonococcen in den Filamenten selbst allein nichts beweist, habe ich schon oben erwähnt: Wenn ich 100 Filamente untersuche und finde nur in 10 derselben Gonococcen, so ist gar nicht gesagt, dass die Träger der 90 Gonococcen freien Filamente nicht zu irgend einer anderen Zeit ein gonococcenhaltiges Filament zeigen. Es ist selbstredend durchaus unrichtig, wollte man daraus, dass man unter 100 Filamenten in 10 Gonococcen findet, den Schluss ziehen, dass nun überhaupt nur 10% der Filamente auf Gonococcen beruhen. Denn wenn diese 100 Filamente beispielsweise von 10 Patienten herrühren, so ist nur die Frage entscheidend, wie sich die 10 gonococcenhaltigen Filamente unter die 10 Patienten vertheilen; es kann ein und derselbe Patient 9 gonococcenfreie Filamente gehabt haben, wenn sich im 10. Filament Gonococcen finden, so beweist der Befund von 9 gonococcenfreien Fäden nichts.

Nehmen wir nun aber an, Scholtz hat unter 100 Patienten bei 5—6maliger Untersuchung, wie er für seine Methode angibt, in höchtens 10% Gonococcen in den Filamenten gefunden, wer gibt uns die wissenschaftliche Berechtigung, daraus schon schliessen zu können, dass bei 90% überhaupt keine Gonococcen vorhanden sind? Wie lange derartige Untersuchungen, um einen Schluss zu gestatten, fortgesetzt werden müssten, das beweisen uns eben die Fälle von Infectionen in der Ehe, die bei chronischer Gonorrhoe erst nach monate- oder jahrelangem Verkehr erfolgen. Und dass diese Fälle entgegen Scholtz und anderer Autoren Ansicht nicht selten sind, das zeigen schon die strengen Forderungen derjenigen, welche die totale Beseitigung der Fäden verlangen — Oberländer, Kopp u. A. — denen es gewiss auch nicht unbekannt geblieben ist, dass man unter 100 Patienten eventuell bei 5—6, ja noch mehr Untersuchungen Gonococcen nicht finden kann. Diese Autoren, welchen ich mich in dieser Beziehung anschliesse, haben eben aus ihren Erfahrungen die Ueberzeugung, dass die Sache so nicht recht stimmen kann und mit der „positiven Sicherheit", mit der wir wissen sollen, dass auch die leukocytenhaltigen Urinfilamente zum allergrössten Theile nicht mehr auf Gonococcen zurückzuführen sind, kann es soweit nicht her sein. Denn wenn eine „positive Sicherheit" wirklich vorhanden wäre, so würde es ja ein Unding sein, wenn so und so viele Autoren trotzdem noch der Ansicht sind, dass diese Fila-



mente absolut zu beseitigen sind, ehe der Heiratsconsens ertheilt respect. die Gonorrhoe für geheilt erklärt werden kann.

Doch weiter. Wie erklärt nun Scholtz das Zurückbleiben solcher, nach seiner Ansicht nicht infectiöser Flocken? Sie sollen zurückzuführen sein auf meist herdweise, tiefgreifende Schleimhautveränderungen. Ich frage ihn nun, wodurch sind diese entstanden? Doch wohl, wie er zugeben wird, durch den Gonococcus. Weshalb bleiben sie nun in einer Reihe von Fällen zurück, trotzdem keine Gonococcen mehr vorhanden sein sollen, in einer anderen Reihe nicht? Dafür gibt Scholtz keine andere Erklärung als diejenige, welche ich schon in meiner Arbeit zu widerlegen versucht habe, dass die anderen Bakterien die Restitution dieser Partien verhindern und hier Entzündungsherde dauernd unterhalten. Warum thun sie dies nicht auch in Fällen von Epitheldesquamation, in denen wir sie so häufig treffen? Wollten wir hierfür eine Erklärung haben, so müssten wir annehmen, dass sie in diesen Fällen eine kurze Zeit nach Vernichtung des Gonococcus ganz vernichtet gewesen wären, während sie in den anderen Fällen nach Vernichtung des Gonococcus selbst leicht vernichtet gewesen wären. Man müsste dies annehmen, denn man kann nicht behaupten, dass in den Fällen von reiner Epithelabstossung die Entzündungserscheinungen vorher weniger intensiv gewesen seien als in den Fällen von Leukocyten und Epithel, so dass sie in den erstgenannten Fällen keinen günstigen Boden gefunden, dass keine erhebliche Resorption möglich gewesen wäre. Dass die oben ausgeführte Annahme eine sehr gezwungene und unwahrscheinliche Erklärung darstellt, habe ich schon früher ausgeführt, es ist eine Erklärung, gegen welche auch noch das weitere Factum spricht, dass wir dieses Bakteriengemisch in den Fällen von reiner Epitheldesquamation gerade so schnell wieder auftreten sehen, als in den Fällen von Epithel und Leukocyten.

Auf diese Angabe von Scholtz, welche er in seiner Arbeit „Ueber die Bedeutung und die bakteriologische Untersuchung der Urinfilamente bei Urethritis nach Gonorrhoe mit specieller Berücksichtigung des Culturverfahrens“ — in der Festschrift gewidmet Herrn Hofrath Dr. J. Neumann — noch weiter dahin ausführt, dass die Stoffwechselproducte resp. die Proteine der verschiedensten Bakterien im Stande seien, eine Entzündung und Eiterung auf der Urethralschleimhaut hervorzurufen, will ich hier, um nicht zu ausführlich zu werden, nicht im einzelnen eingehen, speciell auf diesen Punkt beabsichtige ich demnächst noch ausführlicher zurückzukommen. Für heute nur so viel, dass ich nie bestritten habe und auch jetzt nicht bestreite, dass es Bakterien gibt, welche experimentell eine Eiterung in der Urethra erzeugen können, dass ich aber bestreite, dass das bei den chronischen Fällen vorkommende Bakteriengemisch und seine Stoffwechselproducte eine solche Eiterung, wie sie bei der chronischen Gonorrhoe vorliegt, die oft jahrelang dauert, dass es eine solche, ich möchte sagen „typische“ Eiterung zu erzeugen vermöge und den Beweis für meine Anschauung erblicke ich einmal in

dem Verhalten dieser Bakterien der normalen Urethra gegenüber, dann aber auch in ihrem sonstigen Verhalten gerade bei der chronischen Gonorrhoe. Einiges darüber ist in dem oben Ausgeführten schon enthalten, weiteres gedenke ich, wie erwähnt in einer späteren Arbeit folgen zu lassen: ich betone nur nochmals, dass nach meinem Dafürhalten und meinen Beobachtungen es sehr unwahrscheinlich ist, dass diese Bakterien eine längere Zeit, oft jahrelang andauernde Eiterung in der Urethra unterhalten können.

Und wie ist es denn, frage ich Scholtz weiter, in den Fällen von sogenannter aseptischer chronischer Urethritis, in denen gar keine Bakterien zu constatiren sind? Worauf will er denn hier die Eiterung zurückführen? Damit, dass er sagt, dadurch, dass Schleimhautveränderungen zurückbleiben, ist doch nichts gesagt, denn weshalb bleiben diese in solchen Fällen so lange zurück? Weshalb heilen sie, wenn auch die anderen Bakterien nicht vorhanden sind, nicht aus, sehen wir doch sonst, wie Substanzverluste cessaute causa sich mit festem Narbengewebe bedecken, oder wie bei oberflächlichen Defecten eine Epithelregeneration eintritt. So lange Scholtz diese Frage nicht beantworten kann, weshalb in der einen Reihe von Fällen die Substanzverluste ausheilen trotz Anwesenheit einer zahlreichen Bakterienflora, in einer anderen Reihe von Fällen trotz des Fehlens einer solchen nicht ausheilen, so lange muss ich meine Beantwortung dieser Frage, dass es der als Veilchen im Verborgenen blühende Gonococcus ist, der den Unterschied bewirkt, absolut aufrecht erhalten.

Was Scholtz weiter schreibt, betrifft Punkte, welche den Kern der Sache nicht berühren. Was zunächst die Gram'sche Methode betrifft, so habe ich deren Brauchbarkeit durchaus nicht bestritten, ich habe nur betont, dass sie eine Methode darstellt, welche geeignet ist, uns in solchen Fällen sicheren Aufschluss zu geben, in denen wir eine bestimmte Bakterienart identificiren wollen, und ich möchte sehen, wie Scholtz es fertig bringen will, in einem von Hunderten von Bakterien aller Art wimmelnden Präparate zu constatiren, ob sich darunter welche befinden, die sich nach Gram entfärbt haben oder nicht. Das wäre erst durch eine isolirte Färbung des Gonococcus möglich, die wir noch nicht kennen. Entschieden muss ich Scholtz's Angabe, dass wir durch 1—2tägige antiseptische Injectionen diese störenden Bakterien entfernen können, bestreiten. Gewiss können wir sie während der Zeit der Injectionen beseitigen, auch noch für ganz kurze Zeit hinterher; aber wenn man einige Tage nach Sistirung der Injectionen untersucht, so findet man stets das Bakteriengewimmel in voller Stärke wieder vor und die entscheidenden Untersuchungen sollen doch stets erst längere Zeit nach Beendigung jeder Therapie erfolgen. Ich bitte Scholtz und Jeden, der sich für die Sache interessirt, nachzuprüfen, er wird nach einigen Tagen dasselbe Bakteriengemisch vollzählig wieder finden.

Darin stimme ich Scholtz völlig bei, dass der Schwerpunkt unserer Methode doch nicht in unausgesetztem Suchen nach ganz vereinzelten

Gonococcen mit Zuhilfenahme der Gram'schen Färbung liegt. Ich habe nur bei der Kritisirung der Methoden, welche uns zu Gebote stehen, die Brauchbarkeit des Gram'schen Verfahrens untersucht und bin zu dem Schlusse gelangt, dass sie uns in vielen Fällen kein Mittel an die Hand gibt, die Frage, ob noch Gonococcen vorhanden sind, zu entscheiden, hatte doch gerade Scholtz in seinen Thesen das Gram'sche Verfahren hervorragend erwähnt. In diesen Untersuchungen liegt nicht der Schwerpunkt unserer Methode; diesen möchte ich dahin verlegen, dass wir in zweifelhaften Fällen des Suchens nach vereinzelten Gonococcen überhoben sind und Characteristiken haben, welche uns einen Schluss darauf erlauben, ob noch Gonococcen vorhanden sind oder nicht, nachdem sich herausgestellt hat, wie wenig sicher auch das wiederholte Nichtfinden von Gonococcen bei sorgfältiger Untersuchung für die Annahme einer Nichtinfectiosität im Sinne einer Gonorrhoe ist. (Vergleiche Wossidlo's Fälle.)

Schliesslich noch einige Worte über das Culturverfahren. Ob wir im Stande sind, durch dieses die Verificirung des Gonococcus ohne Ueberimpfung auf den Menschen zu machen, ist ja auch eine Frage, welche den Kern der Sache nicht trifft; ich habe diese Bemerkung nur gewissermassen in Parenthese gemacht und lege keinen Werth darauf. Zu entscheiden, ob dies möglich ist, will ich gern Denjenigen überlassen, welche in diesem Verfahren mehr Uebung und Erfahrung haben; ich habe ja auch betont, dass es meine Angaben ermöglichen sollten, aus dem mikroskopischen Bilde eine Diagnose zu stellen. Ich möchte nun bezweifeln, dass die Ansichten hier schon so absolut geklärt sind, wie dies Scholtz meint.

Doch dies nur nebenbei; ich möchte damit schliessen, dass ich dagegen Verwahrung einlege, dass Scholtz auf seine „Bemerkung" zu meiner Arbeit, welche nichts enthält als eine Aufstellung von Gegenbehauptungen, sich kurzer Hand dahin äussert, dass „wir leider den Beweis Leven's für seine Behauptung als durchaus nichtig ansehen müssen" und ich will es gerne dem Urtheil der Fachgenossen überlassen, ob sie glauben, dass daraufhin ein solches Urtheil begründet sei. Es muss meines Erachtens eingehenden, speciell auf meine Angaben gerichteten Nachprüfungen, über welche ich mich schon oben ausgesprochen habe, überlassen bleiben, nachzuweisen, ob sich meine Angaben als richtig erweisen. Solange solche nicht das Gegentheil erkennen lassen, solange muss ich meine durch Wahrscheinlichkeitsgründe sowohl wie durch eigene Erfahrungen gestützte Anschauung als die richtige ansehen.



Aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Breslau.

Welche Gesichtspunkte sind bei der Beurtheilung der Infektiosität chronischer postgonorrhoischer Urethritiden massgebend?

(Zugleich Antwort auf die Erwiderung von Herrn Dr. Leven.)

Von

Dr. **W. Scholtz,**
Assistenzarzt an der Klinik.

Leven erklärt in seiner vorstehenden Erwiderung, dass meine Bemerkungen, zu seiner Arbeit: „Wann können wir die Gonorrhoe als geheilt ansehen" nichts als eine Aufstellung von Gegenbehauptungen enthielte. Ich muss dies entschieden als nicht zutreffend zurückweisen, wenn ich auch glaubte, mich mit einigen kurzen Bemerkungen und dem Hinweise auf die Erfahrung begnügen zu dürfen, welche uns unendlich oft gezeigt hat, dass Männer mit leukocytenhaltigen Urinfilamenten selbst in der Ehe zum allergrössten Theil zu keinerlei gonorrhoischen Infectionen Anlass geben, mithin keine Gonococcen mehr beherbergen können.

Auf Grund dieser feststehenden Thatsache wiederhole ich: die Hypothese — wo Eiterkörperchen in der Urethra, da stets Gonococcen — und die Beweisführung von Leven ist unserer Ansicht nach durchaus unzutreffend.

Selbst Wossidlo und andere Collegen, welche den negativen Ausfall der Gonococcenuntersuchung zur Ertheilung des Eheconsenses nicht ohne weiteres als ausreichend ansehen, sondern die Beseitigung aller Fäden für die Ertheilung der Heiratserlaubniss für nothwendig halten, werden Leven in seiner Ansicht — „wo Eiterkörperchen, da stets Gonococcen" — kaum beipflichten; denn uns Allen zeigt ja die tägliche Erfahrung, dass Männer mit solchen Urinfilamenten geheiratet und doch zu keiner Infection Anlass gegeben haben. Hätte Leven in seiner Arbeit die Fachcollegen nur nochmals auf die Bedeutung der



Eiterkörperchen im allgemeinen aufmerksam machen wollen, hätte er nur darauf hinweisen wollen, dass Filamente mit reichlicher Leukocytenbeimengung stets als relativ suspekt angesehen werden müssen, während reine Schleimfäden und Epitheldesquamation im grossen Ganzen als unverdächtig gelten können, so hätten wir uns mit Leven wohl einverstanden erklären können. Diesen Werth haben wir der Leukocytenbeimischung in Fäden und Flocken stets beigelegt und von jeher haben wir es uns zum Princip gemacht, Patienten mit stark leukocytenhaltigen Filamenten besonders häufig und genau zu untersuchen, während wir uns bei Fällen mit vorwiegender Epitheldesquamation mit wenigen Untersuchungen begnügen. Auch in meinem Vortrage über „Gonorrhoe und Eheconsens" sowie in meiner Arbeit in der Festschrift für Neumann habe ich betont, dass sich die Zahl der Untersuchungen ganz nach dem allgemeinen Befund, besonders der Localisation und dem Leukocyten- und Bakteriengehalt der Filamente zu richten habe und es häufig empfehlenswerth ist, die verdächtigen, leukocytenhaltigen Stellen in den Präparaten erst mit schwacher Vergrösserung aufzusuchen. Nur als Minimum habe ich 5—6 Untersuchungen verlangt.

Dagegen halten wir es, wie gesagt, für durchaus unbegründet, die Hypothese aufzustellen, wo sich in der Urethra Eiterkörperchen finden, da müssen Gonococcen vorhanden sein.

Ich werde im Folgenden die Punkte, welche klar beweisen, dass Männer mit chronischen leukocytenhaltigen Urinfilamenten in der grossen Mehrzahl der Fälle nicht mehr infectiös sind, also keine Gonococcen mehr beherbergen, nochmals kurz zusammenstellen.

1. Untersucht man wahllos den Urin erwachsener, nicht venerischer Patienten auf das Vorhandensein von Filamenten, so findet man in einem sehr grossen Procentsatz derartige Fäden. Je nachdem hierbei der Morgen- oder der Tagurin untersucht wird, die Untersuchung bei jedem Patienten nur einmal oder öfters vorgenommen wird und auch die kleinsten Filamente oder nur grössere leukocytenhaltige Flocken und Fäden berücksichtigt werden, ist der gefundene Procentsatz etwas verschieden. So fand Brauser unter 300 wahllos untersuchten nicht geschlechtskranken Patienten der medic. Klinik in München (zur Untersuchung gelangte stets Morgenurin, jeder Fall wurde öfters untersucht) bei 163 Patienten, also mehr als 50% leukocytenhaltige Filamente, während weitere 83 Patienten = 28% Schleim- und Epithelflocken ohne oder nur mit geringer Leukocytenbeimengung aufwiesen.

Ich selbst habe wahllos den Urin von mehr als 100 poliklinischen und zwar nur hautkranken Patienten, welche mindestens seit einem Jahre keine Gonorrhoe gehabt hatten, auf das Vorhandensein von Filamenten untersucht und dabei in über 20% der Fälle leukocytenhaltige Filamente in grösserer Menge gefunden. Dieser Procentsatz ist sicher etwas zu klein, da die Kranken mit negativem Ausfall stets nur einmal untersucht wurden, und häufig nur wenige Stunden gehaltener Tagurin zur Untersuchung herangezogen werden konnte.



Würden die Träger leukocytenhaltiger Filamente nun thatsächlich Gonococcen beherbergen, so müsste nach meinen Untersuchungen mindestens jeder 4.—5., nach der genaueren Statistik von Brauser etwa jeder 2. Mann seine Frau gonorrhoisch inficiren. Dass davon gar keine Rede sein kann, ist selbstverständlich.

2. Untersucht man den Urin von Männern der besseren Stände, welche schon jahrelang verheiratet sind, so findet man ebenfalls sehr häufig leukocytenhaltige Fäden in demselben. Und doch ist von einer Infection der Ehefrau, trotz Geburten, keine Rede, und sicher würde ein „Unterleibsleiden" bei der gut situirten Frau nicht verborgen geblieben sein (z. B. Privatpraxis von Neisser).

3. In den überaus zahlreichen Fällen, in welchen von den verschiedenen Autoren, welche sich über diese Frage geäussert haben, der Eheconsens auf Grund des negativen Gonococcenbefundes trotz des Vorhandenseins von leukocytenhaltigen Fäden gegeben wurde, ist es nur in ganz vereinzelten Fällen zur Infection der Frau gekommen. Neisser ist dieses Unglück einer Fehldiagnose, obwohl er das Schicksal seiner Patienten meist weiter verfolgen konnte, soviel er weiss, nur einmal in seiner langen ausgedehnten Praxis vorgekommen und ähnlich sind die Resultate Jadassohn's, Touton's, Loewenhardt's u. A. Ja selbst Autoren, wie Kromayer, Obermeier, Wossidlo, welchen der negative Ausfall der Gonococcen-Untersuchung nicht genügt, sind diesbezügliche Fehldiagnosen doch nur selten bekannt geworden. Wäre Leven's Ansicht aber richtig, so müssen alle diese zahllosen Patienten, oder so gut wie alle, ihre Ehefrauen inficirt haben und täglich müssen uns derartige Fälle zu Gesicht kommen.

Aus diesen Thatsachen dürfte klar hervorgehen, dass Männer mit derartigen Urinfilamenten in der allergrössten Anzahl der Fälle wirklich gonococcenfrei sein müssen und die Ansicht von Leven — „wo Eiterkörperchen, da stets Gonococcen" — nicht zutreffend sein kann.[1])

Leven sagt, gegen Ende der Behandlung einer Gonorrhoe nähme die Epithelbeimischung im Urethralsecrete mehr und mehr zu (durchaus richtig!) und schliesslich käme es zu einer reinen Epitheldesquamation mit oder ohne Bakterien- aber ohne Leukocytenbeimischung. Letzteres ist nun auch nach Neisser's grosser Erfahrung durchaus nicht die Regel, und reine Epitheldesquamation mit reichlicher Bakterienbeimischung findet sich eigentlich nur hie und da bei ganz alten chronischen Urethritiden, als Abheilungsstadium acuter Gonorrhoen kommt dies fast gar nicht vor.[2]) Im Ganzen kann es zu einer reinen Epitheldesquama-

---

[1]) Durch Abschwächung oder Verlust der Virulenz der Gonococcen die geringe Infectiosität derartiger Filamente erklären zu wollen, wäre völlig grundlos, zumal wir von einem derartigen Verlust der Virulenz der Gonococcen gar nichts wissen.

[2]) Natürlich muss bei Anfertigung der Präparate eine Verunreinigung aus der stets bakterienreichen Fossa navicularis vermieden werden.

tion naturgemäss auch nur bei Anwendung von Adstringentien kommen, da die Antiseptika in der Regel schon an sich eine Leukocytenauswanderung mässigen Grades unterhalten. Treten nun nach Aussetzen der Adstringentien wieder Eiterkörperchen in den Secreten und Fäden auf, so geht daraus nur hervor, dass die Schleimhaut wenigstens stellenweise noch so stark verändert ist, dass hier neben stärkerer Schleimsecretion auch noch Leukocytenauswanderung statt hat und diese unter der Einwirkung des Adstringens nur vorübergehend unterdrückt wurde. Dass deshalb in solchen Fällen aber Gonococcen vorhanden sein müssten, dafür spricht auch nicht das Geringste, auch der Umstand nicht, dass sich bisweilen reine Epitheldesquamation mit Bakterienbeimischung findet. Ebensowenig wie die etwas reichlichere Wucherung von Bakterien in der Harnröhre unbedingt Eiterung hervorrufen muss — in dieser Beziehung ist natürlich schon der wechselnde Virulenzgrad und die verschiedene Pathogenität der Bakterien, sowie der Zustand der Urethralschleimhaut von ausschlaggebender Bedeutung — ebensowenig müssen in jedem Falle einer leichten eitrigen Secretion Bakterien im Spiele sein.

Es ist bei der Harnröhre doch nicht anders als bei anderen chronisch erkrankten Schleimhäuten, z. B. des Rachens, der Nase etc. Auch bei diesen bedingen die pathologischen Veränderungen der Schleimhaut neben einer reichlichen Schleimabsonderung und Epitheldesquamation fast stets auch eine mehr weniger reichliche Leukocytenbeimischung, ohne dass dabei ein specifischer Erreger im Spiele wäre. Und ebenso schwer wie an anderen Schleimhäuten ist es auch bei der Urethra eine Beseitigung dieser pathologischen Schleimhautveränderungen zu erreichen. Warum dies so schwer gelingt, ist ja eine Frage für sich; zweifellos spielen dabei schon die physiologischen Schädlichkeiten (bei der Urethra der Urinstrahl, die Errectionen etc.), welche die erkrankten Partien immer von neuem reizen, eine Rolle, und ebenso werden häufig auch Bakterien, welche sich auf den erkrankten Schleimhautstellen anzusiedeln vermögen, einen der Factoren abgeben, welche die restitutio ad integrum verhindern. Thatsache ist aber, dass man in den Urinfilamenten mikroskopisch und besonders culturell in der Regel Bakterien in reicher Menge findet, während Gonococcen, welche bei richtiger Technik und Benutzung guter Nährböden etwa ebenso sicher wachsen, trotz aller Untersuchungsmethoden in weitaus der grössten Zahl der Fälle nicht nachweisbar sind.

Da wir nun wissen, dass mannigfache Bakterien, in grösserer Menge in die Urethra gebracht, in mehr weniger starkem Maasse Entzündung und Eiterung hervorrufen können, und dies in der gesunden Harnröhre zum Theil nur deshalb nicht thun, weil ihnen nicht die Fähigkeit zukommt, in der gesunden Urethra — wie die Gonococcen — schrankenlos zu wuchern und die Schleimhaut zu invadiren, ist es da nicht logischer anzunehmen, dass diese Bakterien auf einer durch wiederholte oder verschleppte Gonorrhoen pathologisch veränderten Urethralschleimhaut häufig ihre phlogogenen Wirkungen bis zu einem gewissen Grade zu



entfalten und dadurch Entzündungserscheinungen zu unterhalten vermögen, als die vage Hypothese aufzustellen, dass in all' diesen Fällen noch versteckte Gonococcen vorhanden sein müssen? Immerhin habe ich es nur als höchst plausibel hingestellt, dass derartige Bakterien bei der Unterhaltung jener chronischen Urethrititen mitspielen. Im einzelnen muss ich in dieser Hinsicht auf meine Abhandlung in der Festschrift für Neumann verweisen.

Wenn es nun auch sicher ist, dass die grosse Mehrzahl der mit leukocytenhaltigen Urinfilamenten behafteten Männer gonococcenfrei ist, so ist es doch natürlich schwer, einen bestimmten Procentsatz anzugeben, in welchem sich bei diesen Patienten noch Gonococcen finden.

Ich habe diesen Procentsatz auf Grund eingehender Untersuchungen von mehr als 50 Patienten auf höchstens 10 Procent veranschlagt.

Auf die eigenthümliche Rechnung, welche Leven mit den von mir angeführten 10% anstellt, will ich nicht näher eingehen, denn es ist doch selbstverständlich, dass es sich dabei um 10% der mit Fäden behafteten Patienten handelt und nicht etwa um 10% der Filamente selbst. Das geht schon daraus hervor, dass ich von höchstens 10% der Fälle, in denen die Filamente auf Gonococcen zurückgeführt werden könnten, spreche.

Natürlich wurden die betreffenden Patienten von mir mit Zuhilfenahme aller uns zu Gebote stehenden Methoden wiederholt, gewöhnlich mehr als 5 bis 6 Mal auf Gonococcen untersucht. Bei jedem Patienten kam selbstverständlich das Provocationsverfahren zur Anwendung und in jedem Falle wurde wiederholt und auf verschiedene Art chemisch und mechanisch provocirt und schliesslich stets noch das Culturverfahren angewandt. Leven sagt, ich hätte provociren und cultiviren müssen, um ein richtiges Resultat zu erhalten. Nun, das ist ja alles geschehen und so wird Leven selbst das Ergebniss als „richtig" anerkennen müssen. Das Resultat meiner Untersuchungen war aber, dass sich nur bei drei der untersuchten Patienten Gonococcen fanden; mit Ausnahme dieser drei Patienten, circa 6%, waren alle Personen, trotzdem sie sämmtlich leukocytenhaltige Fäden aufwiesen, dauernd gonococcenfrei, die meisten haben seitdem geheiratet und von einer Infection in der Ehe ist uns nichts bekannt geworden.

Da ich mich aber in meinem Vortrag recht vorsichtig ausdrücken wollte, die Zahl meiner Untersuchungen noch relativ klein war, habe ich im Allgemeinen das Verhältniss auf höchstens 10% veranschlagt, doch bin ich überzeugt, dass dieser Procentsatz eher zu hoch gegriffen ist. Damit stimmen auch die Untersuchungsresultate von Casper überein, der ganz ähnlich wie ich vorgegangen ist, aber 100 Fälle untersucht hat und auf 5 bis 8% gekommen ist.

Aber darin liegt gar nicht der Kernpunkt der ganzen Gonorrhoefrage, wie häufig Männer mit Urinfilamenten noch Gonococcen beherbergen dürften; sicher ist, dass es die Minderzahl ist, ob es 5 oder 10%





sind, ist relativ irrelevant. Der Schwerpunkt der Frage liegt darin, ob wir Methoden besitzen, um die wenigen infectiösen Fälle unter der Masse der nichtinfectiösen mit genügender Sicherheit herauszufinden, oder ob unsere Methoden in dieser Hinsicht unzureichend und wir auf die Beseitigung jener ominösen Fäden angewiesen sind, ehe wir die Erlaubniss zur Verheiratung mit Fug und Recht geben können.

Speciell Neisser und seine Schüler sind durch jahrzehntelange Erfahrungen zu der Ueberzeugung gelangt, dass es bei Zuhilfenahme der modernen Methoden, speciell der künstlichen Provocation in der That gelingt, durch wiederholte gründliche Untersuchungen auf Gonococcen die infectiösen Fälle unter den nichtinfectiösen mit fast absoluter Sicherheit herauszufinden. Bei richtigem Vorgehen sind in der That Fehldiagnosen so selten (wahrscheinlich nur Bruchtheile von Procenten), dass sie den Werth der Methode nicht erschüttern können. Wo natürlich die Methode fehlerhaft angewandt wird, da werden auch Fehldiagnosen weniger selten sein. Auf die Methode selbst kann ich an dieser Stelle nicht näher eingehen; dieselbe dürfte auch hinlänglich bekannt sein.

Das Princip ist kurz Folgendes: zunächst werden die Filamente — natürlich nach vorheriger Feststellung, welchem Harnröhrenabschnitte sie entstammen — ohne besondere Vorbereitungen, eventuell nach einem Excess in baccho, einige Male auf Gonococcen untersucht. Führt dies zu keiner Entscheidung, so versucht man durch künstliche Reizung — Provocation — theils mittelst chemischer Mittel (Injectionen oder Ausspülungen der Urethra mit Argentamin, Hg. oxycyanatum etc.), theils auf mechanischem Wege (Expression mit der Knopfsonde, Massage auf dem Bougie, Dehnung mit Dilatatoren) eventuell in der Tiefe verborgene Gonococcen zu gewinnen. Die hierdurch erhaltenen Secrete werden dann ein bis mehrere Tage nach der Reizung genau auf Gonococcen untersucht.

Hierbei müssen die Präparate eventuell auch nach der Gram-schen Methode gefärbt werden, um verdächtige Coccen sicher als Gonococcen zu verificiren oder zu zeigen, dass es sich bei den suspecten Bakterien nicht um Gonococcen handelt. Zu dieser Verification von Coccen, welche nach Form und Lagerung verdächtig sind, ist nun die Gram'sche Farbung ausserordentlich brauchbar, werthvoll und zuverlässig. Fast täglich passirt es bei der Untersuchung von Methylenblaupräparaten chronischer Gonorrhoen und Urethritiden dem einen oder andern Collegen in der Klinik, dass er suspekte Coccen im Präparate findet, über deren Natur dann die Gram'sche Färbung sofort Aufschluss gibt. Je geübter man im Gonococcenuntersuchen ist, desto seltener werden ja solche Zweifel bei Methylenblaupräparaten vorkommen, aber auch der Geübteste wird die Gram'sche Methode nicht entbehren können.

Von einem „Bakteriengewimmel“, wie Leven schreibt, in welchem durch die Gram'sche Färbung Gonococcen aufgefunden werden sollen, ist doch in solchen Präparaten gar keine Rede, und wo dies ausnahmsweise einmal der Fall ist, da gelingt es durch wenige desinficirende Injectionen gewöhnlich leicht, diese Saprophyten für mehrere Tage grösstentheils zu entfernen, wie dies auch Wossidlo in seiner von Leven citirten Arbeit angibt.

Damit die Gram'sche Färbung gut ausfällt, sind, wie ich schon wiederholt betont habe, vor Allem dünne gleichmässige Präparate und gute Farblösungen etc. nöthig; bei Befolgung dieser Regel passirt es dann nur ganz ausnahmsweise einmal bei schleimigen Flocken, dass sich die Präparate schlecht entfärben und eventuell neue Präparate der Gram'schen Färbung unterworfen werden müssen. Will man Präparate, welche bereits mit Methylenblau gefärbt untersucht worden sind und verdächtige Coccen aufwiesen, nachträglich nach der Gram'schen Methode behandeln, so empfiehlt es sich am meisten, nur das Immersionsöl mit Xylol und absolutem Alkohol zu entfernen und nun die Präparate direct, ohne sie erst mit salzsaurem Spiritus oder heissem Wasser zu entfärben, der Gram'schen Färbung zu unterwerfen. Die verdächtige Stelle des Präparates markirt man sich dabei am einfachsten dadurch, dass man den Objectträger in der betreffenden Lage auf dem Objecttisch mit Bleistift einzeichnet. Zur Nachfärbung der Gram-Präparate eignet sich wegen des guten Contrastes am besten eine dünne etwa $^{1}/_{10}$ bis $^{1}/_{20}$%ige wässrige Fuchsinlösung, welche man circa 20 bis 30 Secunden einwirken lässt.

In den letzten Monaten hat sich Herr Dr. Rau in der Breslauer Klinik nochmals der grossen Mühe unterzogen, die Gram'sche Färbung auf ihre Brauchbarkeit für Gonococcenuntersuchungen zu prüfen. Er hat diese Untersuchungen in der verschiedensten Weise variirt und ist schliesslich zu den gleichen Resultaten, wie sie hier geäussert worden sind, gekommen. Seiner Ansicht nach genügt es durchaus, Farblösung und Beize je 1 Minute einwirken zu lassen, da längere Färbungen nach keiner Richtung hin bessere Resultate ergaben. Seinen Untersuchungen zu Folge gibt Färbung mit Carbol-Gentianaviolett, welches sehr lange haltbar ist, gleich gute Resultate wie die mit Anilinwassergentianenviolett. Zum Nachfärben eignet sich auch nach Rau dünne Fuchsinlösung besser als Bismarckbraun, Saffranin und verschiedene andere von ihm versuchte Farblösungen. Die verschiedensten aus der Harnröhre gezüchteten Coccen erwiesen sich Rau bei der Entfärbung nach Gram als recht widerstandsfähig und blieben selbst nach 10—15 Minuten langer Alkoholeinwirkung intensiv violett gefärbt, während Gonococcen sehr rasch und prompt ihren Farbstoff abgeben.

Die Anilinwasser-Gentianaviolettlösung stellte sich College Rau stets in der Weise her, dass er eine Supension von 3 Theilen Anilinöl in 100 Theilen warmen Wassers nach kräftigem Schütteln klar filtrirte und nun 10% concentrirte alkoholische Gentianaviolettlösung hinzusetzte. Die Farblösung



hält sich etwa 8 Tage lang. Die Carbol-Gentianaviolettlösung wurde durch Zusatz von 10 Theilen concentrirter alkoholischer Gentianaviolettlösung zu 100 Theilen $2\frac{1}{2}$ procentigem Carbolwasser bereitet.

Diese kurze Darlegung über den Werth und die Anwendung der Gram'schen Färbung bei Gonococcenuntersuchungen werden hoffentlich keinerlei Zweifel mehr über unseren Standpunkt in dieser Hinsicht aufkommen lassen.

Fassen wir das Princip, nach welchem wir postgonorrhoische chronische Urethritiden auf möglicherweise versteckte Gonococcen untersuchen, in knappen Worten zusammen, so kann man Folgendes sagen: Ergibt die Untersuchung des Secretes ohne besondere Vorbereitungen, eventuell nach einem Excess in baccho, zunächst kein Resultat, so suchen wir uns durch künstliche chemische und mechanische Reizung der Uretha, durch Expression ihrer Drüsen und der Prostata, eventuell versteckte Gonococcen zugänglich zu machen. Bleibt dann bei Methylenblaufärbung die Entscheidung, ob im Präparat enthaltene Coccen als Gonococcen anzusehen sind oder nicht, ungewiss, so ziehen wir zur Verification dieser verdächtigen Coccen die Gram'sche Färbung heran, und schliesslich bringen wir, wenn möglich auch noch das Culturverfahren in Anwendung, halten dies aber nicht für unbedingt nothwendig.

Während wir also der Ueberzeugung sind, dass auf diese Weise bei chronischen Urethritiden die wenigen infectiösen Fälle unter der Masse der nichtinfectiösen herauszufinden sind, und demnach bei negativem Ausfall der Untersuchungen die Erlaubniss zur Ehe gegeben werden kann, glauben Autoren, wie Oberländer, Kromayer, Wossidlo u. A., dass unser Vorgehen doch nicht genügende resp. nicht absolute Sicherheit gewähre und verlangen daher die dauernde völlige Beseitigung aller klinischen Symptome, speciell der Urinfilamente, ehe sie den Eheconsens ertheilen. Diesen Standpunkt bekämpfen wir aber nicht nur deshalb so energisch, weil wir dann etwa 90 bis 95% der Patienten unnöthig behandeln -- denn die Flocken als solche betrachten wir im ganzen als harmlos —, sondern besonders auch deshalb, weil es bekanntlich in der Regel unendlich schwer und sehr häufig trotz aller Geduld seitens des Arztes und des Patienten unmöglich ist, die dauernde und völlige Beseitigung jener ominösen Fäden und Flocken zu erreichen. In der Regel erfordert also das Vorgehen dieser Autoren unverhältnissmässig viel Mühe, Zeit und Geld und häufig lässt es ganz im Stich und der einzige Erfolg sind oft genug neurasthenische Klagen des Patienten.

Immerhin ist mit den Autoren, welche diese Ansicht vertreten, eine Einigung bis zu einem gewissen Grade möglich, sofern dieselben bei der Frage des Eheconsenses zwar in erster Linie die Beseitigung der Fäden und sonstigen klinischen Symptome anstreben, wo dies aber erfolglos bleibt oder nach Lage der Dinge die erforderliche Behandlung von vornherein undurchführbar erscheint, nun die Entscheidung auf Grund eingehender Gonococcenuntersuchungen nach unserer Methode zu treffen suchen.



Grundsätzlich aber die Ertheilung der Heirats-Erlaubniss von völliger Beseitigung der Fäden etc. abhängig zu machen und sich, im Falle eine daraufhin gerichtete Behandlung erfolglos bleibt oder nicht durchführbar ist, auf Darlegung des Sachverhaltes etc. zu beschränken, halten wir für durchaus unberechtigt.

Eine weitere Discussion über die Hypothese Leven's — „wo Eiterkörperchen, da stets Gonococcen" — halten wir vorläufig für zwecklos und werden nur dann auf dieses Thema zurückkommen, wenn Leven Thatsachen und wirkliche Beweise vorbringt.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 28. November 1900.

Vorsitzender: Neumann. Schriftführer: Kreibich.

Ehrmann demonstrirt zwei bis zu einem gewissen Grade ähnliche Parallelfälle, die aber doch wesentlich von einander abweichen. Bei dem einen handelt es sich um ein in Atrophie übergehendes Erythem, das am rechten Ellbogen und Handrücken localisirt ist und dabei mit einer typischen Neuritis des Plexus brachialis (Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, Hyperästhesie der Haut mit folgender Anästhesie etc.) einhergeht. Das Erythem verläuft unter dem Bilde der Atrophia cutis propria, besser noch des Erythema atrofizante Pellizari, zeigt zunächst eine netzartige, livide Röthe, dann eine rostfarbige Verfärbung mit feinrunzliger Fältelung

Der 2. Fall betrifft eine Frau, die an Tic convulsiv douloureux (Gilles de la Tourette'sche Form) leidet und zwar im Anschlusse an eine vor 20 Jahren erfolgte Kopfverletzung. Vor 4 Jahren bekam die Patientin eine mächtige Anschwellung der rechten Ellbogenhaut, die damals fast sackförmig herabhing, seit diesem Sommer aber nur mehr über dem Ellbogengelenk und der Aussenseite der rechten Hand geringe Schwellung und Röthung zeigt. Merkwürdig ist nun, dass sich in dieser gerötheten Partie typische Xanthomknötchen und -Knoten bildeten.

Ehrmann erklärt den Fall so, dass bei der Pat. in Folge einer uratischen Diathese (Diabetes ist hier nicht vorhanden) Xanthome entstanden und zwar provocirt durch die bei den nervösen Anfällen sich wiederholenden leichten Traumen gerade des Ellbogens auf den entsprechenden Erythemstellen, ähnlich wie auch Psoriasis mit Vorliebe an mechanisch irritirten Hautstellen entsteht.

Kreibich stellt mit Hinweis auf die Abbildung des 1. Falles die Frage, ob es sich in demselben nicht um die Pospelow'sche Form der circumscripten Hautatrophie mit nur scheinbarem Erythem handelt, eine Form, die besonders bei Leuten beobachtet wird, die im Wasser arbeiten. Er glaubt, dass eine Klärung dieser Fälle zu erzielen sei, welche als idiopathische



Hautatrophie beschrieben werden und denen auch Erytheme vorausgehen können. Ihre Aetiologie liegt in Neuritiden, bestimmten Beschäftigungen, in vorausgegangenen Entzündungen, wie in dem Falle von Neumann, ist aber auch oft unbekannt. Ihr Zustand und Verlauf mit der eigenthümlich gerunzelten Haut ist in allen Fällen typisch.

Ehrmann glaubt, dass Kreibich zu viel Gewicht auf die Atrophie lege mit Ausserachtlassung des Erythemes, das schon lange vorher besteht. Ob es sich im Falle eines atrophischen Erythemes um die Form von Pospelow oder Pelizzari handelt, ist nicht so leicht bestimmbar, da Uebergangsformen existiren. Doch hat der Neumann'sche Fall von idiopathischer Hautatrophie mit diesen Fällen nichts gemein.

Neumann weist darauf hin, dass man aus diesen divergirenden Meinungen ersehen könne, auf wie wenige Fälle die vorhandenen Beobachtungen sich beziehen. Der erste von ihm vor über 20 Jahren beobachtete Fall war eine vasomotorische Erkrankung der Haut auf beiden Ellbögen und Handrücken. Bald darauf kam ein zweiter Kranker, dessen Haut auf beiden unteren Extremitäten erweiterte Gefässe, Schuppenbildung, durch mehrere Jahre andauernd, ohne wesentliche weitere Veränderungen zeigte. Bei dem von Ehrmann genannten war auch die Cutis wesentlich betheiligt, wie narbig verändert, dabei die Haut von cigarettenpapierähnlicher Beschaffenheit. Diese drei Stadien des Processes, Gefässerweiterung, Felderung, Verdünnung der Haut mit Schuppenbildung und Verdickung der Cutis sind aber nicht in allen Fällen gleich ausgeprägt. Was den Fall von Xanthombildung betrifft, so ist diese bei solcher Grösse und Localisation eine grosse Seltenheit.

Ehrmann erwähnt noch, dass auch Mracek ein Xanthom am Oberarme abgebildet.

Kreibich demonstrirt:

1. Psoriasis der Lippenschleimhaut in Form grossblätteriger Abschuppung, die in der rechten Hälfte über den Lippensaum als kleinbogenförmiges Randinfiltrat hinausreicht. Dabei besteht eine chronische, allgemein ausgebreitete Psoriasis am Stamme und den Extremitäten.

2. Ein durch Application von Pyrogallus hervorgerufenes, ausgebreitetes, acutes Eczem an der rechten unteren Extremität. Während nach längerer Anwendung von Pyrogallus ein allgemeines toxisches Erythem und schwere Intoxicationssymptome, Fieber und schwarzer Urin eher beobachtet werden, handelt es sich hier um ein ausgebreitetes Knötchen- und Bläscheneczem am Orte der Application mit reflectorischem Eczem am übrigen Körper.

8. Einen Mann mit einem tief ulcerös zerfallenen Palmarsyphilid der rechten Hand. Der 38jähr. Patient hatte vor 15 Jahren Lues acquirirt und kam vor 2 Monaten mit einem braunrotheo, tiefreichenden Infiltrat zwischen Thenar und Antithenar in die Ambulanz. Das Infiltrat ging auf Empl. hydrargyri nicht zurück; der Pat. zögerte, sich ins Spital aufnehmen zu lassen. In 2 Wochen war das Infiltrat zerfallen und an seiner Stelle ein von zerfallenem Gewebsdetritus erfülltes



tief in die Musculatur reichendes Geschwür. Nun wurden bei uns Sublimat-Handbäder, Verband mit grauer Gaze, Decoct. Zittmanni und Jodkali angewendet, worauf sich das Geschwür zu reinigen begann.

Ullmann: Der hier vorgestellte Fall von seit 16 Jahren bestehender, sehr schwerer Acne wurde im Laufe der Monate December 1899 bis Februar l. J. in zusammen 50 Sitzungen von $^1/_2$stündiger Dauer mittels Röntgenstrahlen behandelt. Die Reaction erfolgte gewöhnlich im Verlaufe von 10—15 Sitzungen in der Art, dass die Haut sich diffus röthete, praller, derber wurde, einzelne Acneknoten dabei stark prominent wurden, wie wenn sie in Vereiterung wären, ohne dass jedoch von einer Eiterung etwas zu sehen war. Die Knoten vertrockneten im Laufe der weiteren Behandlung, die Haut darüber exfolirte eine Zeit lang. Nach einigen Wochen dieser Behandlung liess ich den Rücken des Pat. photographiren. Damals waren nur mehr 2—3 Acnepusteln zu sehen. Der Vater des Pat. bemerkte, dass sein Sohn seit 16 Jahren niemals so wenig Pusteln am Leibe gehabt habe. Beschwerden waren weder bei der Behandlung, noch während der entzündlichen Stadien vorhanden gewesen. Heute sehe ich den Pat. seit 8 Monaten zum ersten Male wieder. Auffallend ist die diffus bräunliche Pigmentation und zahlreiche, noch etwas hypertrophische, theilweise glänzende Narben im Areale der behandelten Fläche. Dazwischen nur einzelne spärliche Acnepusteln und Comedonen. Man kann sagen, dass hier bei Acne chronica inveterata wohl von einer zweifellos günstigen Beeinflussung u. zw. wahrscheinlich im Sinne einer Verödung einzelner Hautfollikel durch die arteficiellen Hautentzündungen (Röntgenstrahlendermatitis), nicht aber von einer Heilung des Acneprocesses selbst die Rede sein kann. Auffallend ist die noch heute nach $^3/_4$ Jahren bestehende diffuse Pigmentirung im Bereiche der behandelten Partie als Folge der Behandlung, welche dieselbe wohl auch bei hartnäckiger Acne im Gesichte, eventuell bei Frauen auch an den oberen Thoraxpartien nicht rathsam machen.

Lang demonstrirt:

1. Einen 19jährigen Burschen, der seit 14 Tagen mit einem Ausschlag behaftet ist. Stamm und Extremitäten sind mit einem sehr dichten Lichen planus besetzt, in Form von einzelstehenden, gruppirten und strichförmig angeordneten Knötchen; die Penishaut ist mit isolirten charakteristischen Lichen planus-Efflorescenzen wie besäet.

2. Ein 18jähriges Mädchen mit tuberculösen Geschwüren und Infiltraten am linken Mundwinkel und den angrenzenden Lippen- und Wangen-Antheilen; im Secret konnten zwar Bacillen nicht nachgewiesen werden, hingegen zeigte ein excidirtes Stückchen unter dem Mikroskop miliare Tuberkel auf.

3. Einen 20jährigen Burschen mit Lupus an der Stirne, der Nase und am Halse, nebst einem isolirten Lupusherde am rechten Mundwinkel, in die Schleimhaut hineinreichend. Die Localisation am Mundwinkel für sich allein, ohne Zusammenhang mit angrenzendem Lupus, muss als eine höchst seltene bezeichnet werden.



4. Eine 23jährige Frau mit exulcerirtem Gumma der Nasenspitze und der Scheidewand, welches als Ausdruck hereditärer Lues aufzufassen ist. Thatsächlich finden sich auch zarte Narben an den Mundwinkeln und Lippen angeordnet, wie das bei hereditärer Lues oft gefunden wird. Bemerkenswerth ist, dass der Vater der Kranken dreimal verheiratet war, dass die Kinder der ersten und dritten Frau gesund sind, und dass die Kranke der zweiten Mutter entstammt, ebenso wie ein Bruder, der ähnlich erkrankte.

5. Eine 32jährige Publica mit einem Gumma am weichen Gaumen und einer sehr marcanten periostalen Auflagerung am rechten Nasenbein.

6. Einen 36jährigen Bindergehilfen, der seit zwei Jahren in Folge einer Syphilisinfection unausgesetzt von schweren ulcerösen Formen befallen wird. Gegenwärtig sieht man neben zahlreichen Narben eine frische Rupia über Stamm, Extremitäten und Kopf ausgebreitet.

7. Einen 22jährigen Mann mit einer frischen Syphilis behaftet in Form von zahlreichen kreisartig angeordneten, über Stamm und Extremitäten zerstreuten Lichengruppen behaftet.

8. Einen 20 Jahre alten Burschen mit Sclerosen an der Oberlippe und Zungenspitze, Scleradenitis am Unterkiefer, besonders rechts, beginnendem Exanthem. Genitale frei. Eczem an der rechten Ohrmuschel.

Neumann berichtet vor der Krankendemonstration über den Verlauf und die Obduction eines an seiner Klinik beobachteten Falles von Lues maligna praecox mit besonders schweren Veränderungen im Gehirne. Die Lues der Patientin dauerte 8 Monate. Dieselbe war zweimal auf der Abtheilung des Prof. Lang local, einmal bei uns mit Einreibungen behandelt worden. Vor 8 Tagen kam die Kranke wieder auf die Klinik und konnte damals noch zu Fuss in dieselbe gehen. In der folgenden Nacht trat plötzlich eine Bewusstseinstrübung mit Parese der rechten Körperhälfte, des N. facialis, hypoglossus und trochlearis ein, welche Erscheinungen in Zusammenhang mit einer specifischen Endarteritis gebracht werden mussten. Unter diesen und den complicirenden Symptomen einer Pneumonie starb die Patientin. Bei der Obduction fand sich auch eine Endarteritis der Arteria basilaris und fossae Sylvii mit Verdickung der Gefässwand und derselben anhaftenden Gerinnseln vor. Der Fall ist insoferne sehr interessant, dass diese Veränderungen in Folge von Syphilis schon nach 8 Monaten auftraten. Beobachtet wurden 2—3 ähnliche Fälle nach 13—17 Monaten; doch fanden sich in diesen auch andere gummöse Herde; Kahler beschrieb seinerzeit einen solchen Fall mit Gumma im Pons.

Neumann demonstrirt nun:

1. Einen 14jährigen Burschen mit Psoriasis vulgaris in Strichform am Oberschenkel. An der Beugeseite des linken Oberschenkels ist ein etwa 20 Cm. langer und 1 Cm. breiter, streifenförmiger, augenscheinlich einem Kratzeffect entsprechender Plaque aus confluirten, mit silberweissen Epidermislamellen bedeckten, schrotkorn- bis linsengrossen, nur



wenig elevirten Efflorescenzen gebildet. Nach Abkratzung der Schuppen tritt das punktförmig blutende Corium zutage. Die ganze übrige Körperhaut, speciell Ellbogen und Kniegelenke, frei. Im Sommer d. J. stand Pat. ambulatorisch an der Klinik wegen Psoriasisplaques an einem Unterschenkel in Behandlung.

Kaposi bemerkt, dass schon Eliasson das Entstehen von Psoriasisefflorescenzen auf Kratzfiguren beobachtet und mit Rücksicht darauf auch von einer Diathese für Psoriasis gesprochen habe.

Kreibich zeigt im Anschlusse daran einen 28jährigen Mann, der neben einer diffus zerstreuten frischen Psoriasis eine dichte Häufung von Efflorescenzen in Form eines zweihandbreiten, circulären Bandes um das Abdomen hat, an dem die Krankheit auch begann u. zw. als acute Eruption. Diese eigenartige Localisation ist wohl auf lange an dieser Stelle applicirte warme Umschläge und die hiedurch erzeugte Hyperämie zurückzuführen.

2. Einen 42jährigen Taglöhner mit Gummen in der Penishaut und Narben nach Gummen am Stamm. Rechterseits an der Peniswurzel besteht ein thalergrosser kreisrunder Substanzverlust mit derb infiltrirten, steil abfallenden Rändern und flacher glatter, speckig belegter Geschwürsfläche. Unter dem Mons veneris und an der unteren Bauchwand ist die Haut von zahlreichen mit einander confluirten linsen- bis kreuzergrossen Narben bedeckt, die sämmtlich an der Peripherie sepiabraun pigmentirt, in der Mitte weiss sind. Keine Inguinaldrüsenschwellung. An der linken Rückenseite über der Scapula finden sich ganz analoge narbige Veränderungen wie am Mons veneris, aber in noch grösserer Ausdehnung.

Der Kranke hat im Jahre 1878 an der Klinik Sigmund wegen Papeln ad anum und im Mund 24 Einreibungen gemacht. Seither keine Syphilisbehandlung.

3. Einen 26jährigen Spengler mit tuberculösen Geschwüren der Mundschleimhaut. Der Kranke blass anämisch, die Körperhaut, namentlich die Haut des Gesichtes, von schmutzig grau-brauner bis bronzeartiger Farbe. Multiple Lymphome am Hals. Die Mundschleimhaut nicht pigmentirt, blassrosa. Entsprechend dem letzten oberen Molarzahn rechterseits findet sich an der Innenseite des Zahnfleisches, übergreifend auf den harten Gaumen ein etwa kreuzergrosses Geschwür mit drusig unebenem, wie mit Grieskörnern bestreuten Grund, an welchem leicht abstreifbares eitriges Secret haftet, und mit feinzackigen, wie angenagten Rändern. Der linke vordere Gaumenbogen und die linke Tonsille sind gleichfalls von einem seichten, etwa bohnengrossen Geschwür eingenommen, aus dessen Grund hirsekorngrosse, grauweisse Knötchen vortreten. Beiderseits Apicitis, Nachtschweisse. Die Affection soll angeblich seit 2—3 Wochen bestehen.

4. Einen 22jährigen Schlosser mit Lupus erythematosus, der schon in der letzten Sitzung demonstrirt wurde. Nachdem die Röntgentherapie bei demselben sich als erfolglos erwiesen hatte, im Gegentheil sogar entzündliche Reizungen in Folge derselben aufgetreten sind,



wurde jetzt der Kranke seit 14 Tagen mit Theer behandelt, u. zw. wurde derselbe dick aufgetragen und mit vulcanisirtem Kautschuk niedergebunden. Jetzt ist eine erhebliche Besserung insoferne eingetreten, als die Entzündungserscheinungen geringere, namentlich der früher breitere Entzündungshof schmäler geworden ist.

5. Die schon in der letzten Sitzung demonstrirte Kranke mit der flachhandgrossen Rupiaborke am linken Vorderarm (Syphilis maligna praecox). Die Kranke ist seither mit Sublimatbädern und Jodkali innerlich behandelt worden. Jetzt sind die Borken überall abgefallen und liegt an Stelle derselben ein flaches, speckig belegtes scharfrandiges, wie mit dem Messer ausgeschnittenes Geschwür vor.

6. Eine 42jährige Büglerin mit einem Eczema chronicum im Gesicht, welches in differentialdiagnostischer Hinsicht Interesse bietet, insoferne es in Folge seiner Localisation an Nase, Wangen und Ohrläppchen und der dadurch bedingten Schmetterlingsform an Lupus erythematosus erinnert. Doch sind die Grenzen der afficirten Gesichtspartien nicht scharf, sondern allmälig ausklingend, namentlich ist die Stirne und Augenbrauengegend Sitz zahlreicher miliärer Knötchen, die eben an den früher genannten Partien zu der diffusen Infiltration der Haut führen. Auch ist in den mittleren Partien, so namentlich über der Nase und den angrenzenden Wangenpartien keine narbige Atrophie vorhanden. Reibt man mit Seifenspiritus oder Alkohol die mit eingetrockneten fetten Schuppenmassen bedeckten Hautpartien ab, so treten auch nicht, wie bei Lupus erythematosus, die erweiterten Follikelmündungen vor.

7. Eine 23jährige Kranke mit Herpes tonsurans maculosus und einem Abscess der Sublingualdrüse. Die Unterkieferdrüsen sind namentlich rechterseits bedeutend geschwellt und schmerzhaft, die Zungenoberfläche mit einem dicken, grauweissen Belag bedeckt. Zahnfleisch blass, fest, normal. Hebt man die Zunge mit dem Spatel in die Höhe, so liegt am Boden der Mundhöhle ähnlich einer 2. Zunge eine flache, breite, deutlich fluctuirende Geschwulst vor, welche am Rand den Zahnreihen entsprechende weissliche Einkerbungen und vorspringende Leisten zeigt. Auf Druck entleert sich aus einer kleinen Perforationsöffnung nahe dem Frenulum der Zunge reichlich eitriges Secret.

8. Eine Frau mit Syringocystom im Bereiche der Brust und seitlichen Thoraxpartien, welcher Fall im LIV. Bande des Archivs ausführlich beschrieben und besprochen ist. Die differentialdiagnostische Sonderstellung der zahlreichen, lebhaft livid roth gefärbten, zum Theil auch schon abgeblassten stecknadelkopf- bis erbsengrossen, derben Knötchen gegenüber anderen Neubildungen war endgiltig erst durch die histologische Untersuchung möglich, welche im oberen Theil des Papillarkörpers runde, kleine Hohlräume mit homogenem Inhalte, nur an der Peripherie einzelne Rundzellen ergab. Daneben fanden sich auch längs getroffene Gänge mit dem gleichen homogenen Inhalte, ähnlich Schweissdrüsenausführungsgängen, endlich diesen ganz gleiche. So kommt es, dass einige Autoren die Gebilde derart deuteten, dass sie dieselben für



zerstreute, embryonale Schweissdrüsenanlagen hielten. Dagegen spricht aber die weitere Beobachtung, dass einige von den Geschwülstchen an den Mammae kleiner wurden, an den Schultern einige ganz geschwunden sind, während an der Bauchwand neue nachgekommen sind. Es handelt sich also um Efflorescenzen, welche nicht das ganze Leben hindurch constant verbleiben, sondern ebenso entstehen, wachsen und zurückgehen können.

Er habe inzwischen auch einen 2. Fall beobachtet, so dass er annehmen muss, dass man früher in solchen Fällen häufig auch andere Geschwülste diagnosticirt hat.

Kaposi weist darauf hin, dass diese Geschwulst von vielen Autoren in Parallele gezogen worden sei mit dem Lymphangioma tuberosum multiplex, als ob das letztere, wie er und Pospelow es publicirten, eine diesen Fällen analoge Neubildung wäre. Die klinische Aehnlichkeit ist auch eine sehr grosse. Doch weist noch mehr als sie die histologische Untersuchung eine tiefgreifende Differenz auf, die allerdings von anderen Autoren wie Török, namentlich aber den Franzosen Besnier, Jacquet und Darier bestritten wurde. Sehr instructiv ist daher auch die vorliegende Beobachtung. Während jene Veränderungen bei einer Frau seit der frühesten Kindheit bestanden, sich in Form, Grösse und Zahl nie änderten, sehen wir hier rückbildungsfähige Entwicklungsformen mit einem wesentlich verschiedenen histologischen Befunde.

Die Aehnlichkeit mit Xanthom dagegen ist nicht vorhanden, da man bei so vielen auch schon grössere, scheibenförmige Herde sähe, die zudem derb und von der eigenartigen gelben Farbe sind.

Freund, L. demonstrirt die Präparate und Abbildungen zweier Fälle mit atypischer Entwicklung der Kopfhaare.

Dieselben betreffen zwei Mädchen, im Alter von 8 und 12 Jahren, welche am übrigen Körper keine Abnormität aufweisen, insbesonders hinsichtlich der Lanugobehaarung an der allgemeinen Hautdecke und der Zahnbildung nichts Auffälliges darbieten.

Die bereits verstorbene Mutter der Kinder besass einen auffallend üppigen und dichten Haarwuchs am Kopfe, die Haare waren schlicht und reichten bis an die Fersen der mittelgrossen Frau herab. Der Kopf des Vaters ist mit normalen, dichten blonden und schlichten Haaren bewachsen.

Das ältere der beiden Mädchen weist neben einer rhachitischen Schädelbildung das Bild der Atrichia partialis resp. Hypotrichosis auf. Die Haare sind sehr schütter, spärlich, auffallend dünn, seidenartig, hellbraun und haben, was bei dem Alter des Kindes auffallend erscheint, ad maximum die Länge von 3 Cm. erreicht. Einzelne umfangreichere Bezirke sind vollkommen kahl.

Die Haare des jüngeren Mädchens stehen ausserordentlich dicht beisammen, sind blond, nicht auffallend verdünnt, gekräuselt und wie Rosshaar so verfilzt, dass man das einzelne Haar nur schwer isoliren kann, und beim Befühlen des Kopfes den elastischen Widerstand der-

selben ganz eigenthümlich empfindet. Dabei wurzeln sie so oberflächlich, dass sich die Kleine eine ganze Handvoll ohne die geringste Schmerzempfindung ausraufen kann, wobei übrigens in Folge der ausserordentlichen Dichte der Haare keine bemerkenswerthe Lücke sichtbar wird. Auch diese Haare haben trotz des Alters des Kindes nur die geringe Länge von 2—3 Cm. erreicht.

Ganz abgesehen von dem merkwürdigen Umstande, dass die Mutter dieser Kinder mit derart rudimentärer oder gehemmter Haaranlage, einen so auffallend ausgebildeten und übermässigen Haarwuchs darbot, erscheint die Behaarung des jüngeren Mädchens aus dem Grunde bemerkenswerth, weil sie derjenigen der Neger vollkommen entspricht, nur mit dem Unterschiede, dass die Negerhaare hier blond sind. Ein solches Verhalten ist bei Kaukasiern gewiss selten. Hervorragende Ethnographen und Anthropologen (Geheimrath Prof. Ranke in München, Hofrath Toldt in Wien) konnten mir hierüber keinen erklärenden Aufschluss geben. (Ein Einschlag von Negerblut ist hier ausgeschlossen.)

Ich erinnere mich nur ein einziges Mal während meiner Dienstzeit auf der Klinik des Herrn Hofrathes Neumann einen ähnlichen Fall von blonder Negerbehaarung bei einem der kaukasischen Rasse Angehörigen gesehen zu haben u. z. dies bei einer etwa 24jährigen Prostituirten, bei welcher die Haare genau so beschaffen und auch nicht länger gewachsen waren als bei meiner kleinen Patientin. Dieser letzte Fall lehrt, dass wir auch von der Zukunft eine wesentliche Wachsthumsvermehrung wohl nicht zu erwarten haben.

Ich behalte mir die ausführliche Mittheilung sowie die Ergebnisse des mikroskopischen Befundes dieser interessanten, und was den zweiten Fall betrifft, meines Wissens bisher noch nicht publicirten Bilder auf einen späteren Zeitpunkt vor.



Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Vorsitzender: **Lesser.** Schriftführer: **Saalfeld.**

Sitzung vom 8. Januar 1901.

---

1. **Isaac I.** stellt einen Kellner von 33 Jahren vor, welcher vor sieben Jahren wegen Lues mit Einreibungen von ihm behandelt worden war. Nach einiger Zeit machte Pat. wegen eines Recidivs eine zweite Innunctionskur durch. Später unterzog er sich wegen Erscheinungen im Munde einer dritten Kur in Wien. Vor einem Jahre stellte sich eine Schwellung des rechten Arms ein, welche vom rechten Handgelenk ausging und dasselbe in Mitleidenschaft zog. Die Affection dehnte sich nach oben über das Ellbogengelenk aus, so dass die Bewegung des Arms beeinträchtigt wurde und der Patient seinen Beruf nicht ausüben konnte. Als J. den Patienten wiedersah, bestand neben der Anschwellung des Arms eine Infiltration der Zunge, welche durch vielfache Papeln hervorgerufen wurde. J. glaubte daher die Affection des Arms mit der Lues in Zusammenhang zu bringen. Eine Untersuchung des Arms konnte sich nur auf die Muskeln erstrecken; die Knochen waren der Untersuchung schwer zugänglich, so dass J. eine elephantiastische Verdickung der Weichtheile annahm. Traumen irgend welcher Art sind nicht vorangegangen, Schmerzen sowie sonstige starke Beschwerden hat Patient niemals gehabt. J. dachte auch an eine gonorrhoische Gelenkentzündung, da der Kranke seit einem Jahre an Gonorrhoe gelitten hatte. Sowohl der Mangel der Entzündung als auch die Localisation an den Armgelenken spricht aber gegen diese Annahme. In der medicinischen Gesellschaft, wo J. den Patienten schon vorgestellt hatte, wurden die verschiedensten Vermuthungen ausgesprochen, ohne dass die Diagnose sicher gestellt werden konnte.

Eine von **Levy-Dorn** vorgenommene Röntgenaufnahme bewies, dass zweifellos eine syphilitische Knochenerkrankung vorliegt. Das Photogramm ergibt, dass der Humerus am kranken Arm erheblich verdichtet und verdickt ist, und dass ausserdem vom Ellbogengelenk aus, von der Epiphyse beginnend, sich ein semiovaler Buckel nach unten er-

streckt, ein Befund, welcher auf eine Periostitis syphilitica schliessen lässt. Olecranon, Radius und Ulna zeigen eine deutliche Verdichtung. Eine Messung, welche vorgenommen wurde, ergab, dass die Differenz zwischen dem normalen und dem kranken Arm eine recht erhebliche ist. Der Patient nimmt seit drei Wochen Jodkali und hat sich die Bewegungsfähigkeit des Arms wieder bedeutend gebessert.

Berger ist überzeugt, dass das Röntgogramm auf eine syphilitische Knochenaffection nicht schliessen lässt. Die Contouren sind normal und glatt. Die Verdichtung, von der J. gesprochen hat, beruht auf einer Differenz in der Expositionszeit und in der Entwicklung. Die Markräume in den sogen. kranken Knochen sind deutlich zu sehen. Was die angebliche Verbreiterung der Knochen anbetrifft, so beruht dieselbe auf einer Verschiedenheit der Stellung der Arme bei der photographischen Aufnahme. B. kann in dem Röntgenbild nichts Abnormes finden, so dass er glaubt, dass es sich um eine bindegewebige Affection handelt.

Holländer frägt, ob die Tibiae untersucht worden sind und ob sonst noch andere Abnormitäten periostaler Natur aufzufinden sind.

Isaac I erwidert, dass an keinem Knochen sonst etwas zu finden war.

Holländer findet, dass die Extension erheblich erschwert ist und dass mithin die Affection als eine rein bindegewebige oder muskuläre nicht aufgefasst werden kann. Derartige Knochenaffectionen nach Syphilis sind nicht selten und führen sogar zu spontanen Fracturen.

Blaschko gibt eine gewisse Verdichtung im Bilde zu, ist aber der Ansicht, dass eine Erkrankung der Gelenke keinesfalls erwiesen ist. Zwar ist die Beweglichkeit der Gelenke etwas beschränkt, aber sonst sind die Bewegungen leicht und glatt. Man kann mithin nicht annehmen, dass eine schwere Gelenkerkrankung vorangegangen ist, weil sonst nachher bleibende Veränderung der Weichtheile und Knochen bestehen müsste. Auch Geräusche irgend welcher Art sind bei der Bewegung nicht zu hören. Im Wesentlichen muss man also bindegewebige Verdickungen annehmen. Ob nebenbei noch Knochenveränderungen vorhanden sind, will B. nicht entscheiden.

Lassar glaubt, dass an eine specifische Ostitis nicht zu denken ist und dass nur eine Periostitis in Frage käme.

Richter erinnert daran, dass er vor einigen Jahren ein Röntgenbild einer specifischen Periostitis am Unterschenkel in der Gesellschaft demonstrirt habe, bei welchem keine Verdickung zu sehen war.

Isaac I beruft sich auf die Ansicht von Levy-Dorn, welcher mit Bestimmtheit pathologische Veränderungen der Knochen annimmt. Dieselben gehen nach seiner Ansicht mit Wahrscheinlichkeit vom Periost aus und entsprechen einer Periostitis ossificans. Möglich ist auch, dass die Verdickung auf dem Bilde nicht so deutlich zu sehen ist, weil der Process erst in der Entwicklung begriffen ist. Jedenfalls bleibt J. bei seiner Diagnose stehen. Gelenkerkrankungen sind auf Röntgenbildern sehr schwer zu erkennen, aber der Patient gibt an, dass das Leiden

zuerst im Handgelenk begonnen hat. Jedenfalls ist das Ellbogengelenk jetzt in der Bewegung beeinträchtigt.

2. **Vollmer** (Kreuznach) demonstrirt ein Präparat von Pellagrahaut, welches er Professor Tommasoli verdankt. Das Präparat stellt ein Erythema pellagrosum im Anfang der Entwicklung dar. Neben der Abhebung des stratum corneum von der Parenchymhaut sieht man lang ausgezogene atrophische Papillen und zu beiden Seiten eingelagerte Pigmentzellen. Ein specifisches Moment für Pellagra ist nicht zu sehen. Es ist dies auch kaum möglich, da das Erythema pellagrosum eine Art von Erythema solare darstellt. V. geht dann des Näheren auf die Arbeiten von Winternitz über Pellagra im Jahre 1876, von Lombroso im Jahre 1891 und citirt die verschiedenen Ansichten über die Existenzberechtigung der Pellagra. Bekanntlich hat der letztere Autor ein Alkaloid des verdorbenen Mais als die Ursache dieser Affection hingestellt. Neben den erythemartigen Erscheinungen treten Störungen im Magen und Darm und schliesslich Erweichungen im Centralnervensystem auf. Nach einem amtlichen Bericht im Jahre 1899 gibt es in Italien augenblicklich hunderttausend Pellagrakranke.

Der Mais bildet in grossen Theilen Italiens das ausschliessliche Nahrungsmittel und wird häufig an Orten aufbewahrt, wo derselbe mit Leichtigkeit verderben kann. Das Pellagraerythem stellt eine Ernährungsstörung der Haut der Hände, des Gesichts und der Füsse dar, welche sich unter der einseitigen Ernährung mit verdorbenem Mais einstellt. Nebenbei spielt aber noch die Besonnung eine grosse Rolle. Ausserdem glaubt aber V., dass auch der mangelhafte Schutz der armen Leute gegen Kälte im Winter von Belang ist. Dieselben kommen aus der Kälte direct an den Kamin und setzen sich dort der strahlenden Wärme aus. Diese Ursachen führen zu lebhafter Abschuppung und Pigmentirung; in Folge dessen kommt es zu sehr ausgedehnten Veränderungen, welche sich bis zu dem pellagrösen Pemphigoid nach der Bezeichnung von Tommasoli ausdehnen können. Jedenfalls muss die Frage, ob ein Pellagraerythem existirt, entschieden bejaht werden. Die sociale Besserung der Verhältnisse Italiens und das Aufgeben ihrer einseitigen Ernährung wird die Pellagra zum Verschwinden bringen.

3. **Blaschko** über Psoriasis-Behandlung. Seit der Einführung des Chrysarobin im Jahre 1870 und der Pyrogallussäure sind ältere Behandlungsmethoden zum Theil in Vergessenheit gerathen. Seit 5 Jahren ist B. durch Zufall darauf gekommen, die Rochard'sche Salbe anzuwenden und hat in vielen Fällen gute Erfolge damit erzielt. Die Salbe besteht aus einem Gemisch von Quecksilberjodür und Jodid, durch Verreibung von Jod und Calomel. Die alte Vorschrift lautet: Jodi puri 0·6 Calomel. 1·8 Vaselini oder Adipis suilli ad 100. B. fügt gewöhnlich noch etwas Aether oder Spiritus hinzu. Je nach dem Zusatz von Alkohol oder der schnelleren oder langsameren Erhitzung bei der Herstellung der Salbe sieht die Farbe verschieden aus; sie schwankt zwischen gelbroth und braun. Hebra hat aus diesem Grunde Unguentum rosatum



empfohlen, damit die Salbe immer roth aussieht. Indessen diese Vorschrift ist nicht mehr zu verwenden, da das Unguentum rosatum jetzt ziemlich blass ist. Von Chemikern hat B. erfahren, dass sich bei der Herstellung der Salbe sehr complicirte chemische Vorgänge ereignen. Nicht nur Jodür und Jodid bilden sich, sondern auch Doppelverbindungen wie Chlor-Jodid und auch etwas Sublimat.

Die Wirkung dieser Salbe auf die Haut ist eine sehr verschiedene; manche Patienten haben eine Jdiosynkrasie dagegen, wie gegen jedes Quecksilberpräparat, bei Anderen tritt eine lebhafte Reizung der Haut ein, so dass man schon nach der dritten oder vierten Einreibung von der Anwendung der Salbe Abstand nehmen muss. Dagegen gibt es eine Reihe von Personen, darunter auch junge Mädchen und Kinder, welche die Salbe ausgezeichnet gut vertragen. In anderen Fällen wiederum kann man die Salbe wochenlang anwenden, ohne dass eine Spur von Irritation eintritt, aber auch keine Einschmelzung der psoriatischen Infiltrate. In einem gewissen Procentsatz der Fälle tritt aber eine schnelle Rückbildung der psoriatischen Plaques ein. In den meisten dermatologischen Lehrbüchern wird die Salbe nicht mehr erwähnt. Rochard hat in den fünfziger Jahren in Paris gelebt und ist vor einigen Jahren im hohen Alter gestorben. Mit dem Chrysarobin kann die Salbe nicht concurriren. Die Zahl der Fälle, in denen nach Rochard'scher Salbe eine Reizung eintritt, ist entschieden grösser als die nach Chrysarobin, aber nichts destoweniger gibt es eine Reihe von Fällen, in denen Chrysarobin nicht anzuwenden ist und in welchen die Rochard'sche Salbe ausgezeichnete Dienste leistet. Hierzu kommt, dass dieselbe auf der Kopfhaut und im Gesicht gut verwendet werden kann. Man kann dieselbe auch bei manchen Patienten direct auf die Augenlider auftragen, ohne eine Dermatitis zu bekommen; eine Conjunctivitis wird nicht hervorgerufen.

Vollmer begrüsst mit Freuden die Wiedereinführung der Rochard'schen Salbe, besonders da er Patienten beobachtet hat, welche Jahre hindurch mit Chrysarobin behandelt worden sind und von Jahr zu Jahr empfindlicher wurden, so dass man von der Anwendung des Mittels Abstand nehmen musste.

Gerson hat seit Jahren den Liquor anthracis compositus in einer Reihe von Fällen angewendet, welche der Chrysarobinbehandlung widerstanden haben.

Blaschko hat beobachtet, dass in manchen Fällen die Wirkung des Chrysarobin mit der Zeit nachlässt und dann eine Zeit kommt, wo das Mittel absolut nicht mehr wirkt; in solchen Fällen wirkt die Rochard'sche Salbe überraschend gut. Die Salbe ist sehr billig und lässt sich mit der Anwendung von protahirten Seifenbändern, eventuell mit Zusatz von Soda, gut verbinden.

4. **Isaac** I. Demonstration einer pneumatischen Salbendruckspritze. Bei dem Bestreben, die Harnröhre mit Salbe zu behandeln, sind die verschiedensten Methoden mit Sonden, Bougies, cannelirten



Sonden und Spritzen angegeben worden. J. ist es jetzt gelungen, eine pneumatische Salbendruckspritze zu construiren, welche allen Anforderungen entspricht, während die früher angegebenen Spritzen an verschiedentlichen Mängeln kranken. Posner behauptet in seinem Lehrbuch, dass die Salbenbehandlung aufgegeben ist; das liegt, wie Fürbringer schon angeführt hat, nicht an den Salben, sondern nur an den Applicationsmethoden. Sein jetziges Modell hat J. seit drei Jahren im Gebrauch und ist mit dem Resultat ausserordentlich zufrieden. Das Instrument beruht auf dem Princip, dass der Luftdruck zur Beförderung der Salbe in die Harnröhre benutzt wird.

Mankiewiz findet, dass man die Salbe nur mit Schwierigkeit in die Spritze hineinbringen kann.

Isaac I. Das Instrument besteht aus drei Theilen: aus der eigentlichen Spritze, dem sogen. Mittelstück, welches an die Spritze angeschraubt wird und endlich dem Bougie, das mit einem Mandrin zur Entleerung der darin bleibenden Salbe versehen ist. Das Mittelstück ist auswechselbar. Als Salbenconstituen verwendet J. eine Mischung von Lanolin und Vaseline, 20:30, derselben wird das Medicament zugesetzt. Die Reinigung geschieht dadurch, dass man etwas Aether durch die Spritze durchspritzt oder dass das Mittelstück mit einem Wattepfröpfchen, welches sich an einem Stäbchen befindet, gereinigt wird. Um die Salbe einzuführen, bedient man sich eines Spatels. Prof. Israel ist augenblicklich damit beschäftigt, das Instrument auch für andere Körperhöhlen, wie z. B. für den Anus, umzuändern.

Berger hält das Instrument nicht für praktisch, weil es mit dem ausgezogenen Spritzenkolben über 40 Cm. lang und dadurch unhandlich ist. Ferner muss man das Mittelstück zweimal anschrauben, einmal an den Katheter und zweitens an die Spritze. Auch das Füllen der Spritze erfordert einige Zeit. B. meint, dass durch das Fortlassen des Mittelstücks das Instrument bedeutend vereinfacht würde. Allerdings dürfte die Spritze keinen Lederkolben haben, da sonst eine Reinigung resp. die Desinfection nicht möglich ist. In den letzten Jahren sind aber derartige Spritzen mehrfach angegeben worden; auf diese Weise hat das Instrument nur eine Länge von 30 Cm. B. verwendet eine Mischung von Lanolin mit Oel von 60 : 40.

Blaschko findet, dass die Spritze gegen die alte Tommasoli'sche einen Rückschritt bedeutet, weil sie erheblich complicirter ist. B. hat eine Mischung von Cacaobutter mit einem kleinen Zusatz von Adeps lanae verwendet und es gelang ihm, mittels der Tommasoli'schen Spritze das Medicament bis in die Urethra posterior zu bringen.

Mankiewiz macht darauf aufmerksam, dass, wenn Isaac Höllenstein oder Sublimat verwendet, seine Spritze nicht lange haltbar bleiben wird.

Isaac I erwidert, dass das Anschrauben deshalb nothwendig ist, damit das Instrument eine gewisse Festigkeit erlangt und der Luft-



eintritt an den Ansatzstücken verhindert wird. Sein Instrument ist bereits vielfach bei Collegen in Gebrauch.

5. **Holländer**: Zur Technik der Luftcauterisation. Zwei Punkte sind schuld, dass die Luftcauterisation bis jetzt noch nicht genügend Eingang in dermatologische Kreise gefunden hat: erstens die Schwierigkeif der Technik und zweitens die bisherige mangelhafte Ausbildung der Instrumente. Seit 1½ Jahren verwendet H. einen Brenner, wie er unlängst von Werther beschrieben worden ist. Der ursprünglich von ihm angegebene Heissluftapparat functionirt häufig deshalb nicht genügend, weil der Gasdruck unzureichend ist, um die Metallschlange zum Glühen zu bringen. Diesen Fehler suchte H. durch Construction eines elektrischen Brenners zu vermeiden; indessen ist derselbe doch nur als Mikrobrenner zu benutzen, da nicht genügend Luft erhitzt wird. Die Firma Schwabe in Moskau sandte H. vor 1½ Jahren einen sehr handlichen und guten Apparat, welcher das glühende Platin des Paquelins als Ofen zur Erhitzung der Luftsäule benutzt. H. hat jetzt einen Apparat im medicinischen Waarenhaus anfertigen lassen, welcher einem gewöhnlichen Paquelin entspricht, nur befindet sich oben an demselben eine separate Luftleitung.

Eine fernere Verbesserung ist die, dass die Luftzufuhr jeden Augenblick unterbrochen werden kann und so das Instrument wieder in einen gewöhnlichen Paquelin verwandelt wird. Der Unna'sche Luftbrenner bedeutet nach H. in jeder Beziehung einen Rückschritt, da er höchstens eine Wärme von 80° zulässt; ferner liefert er eine mit Benzin geschwängerte Luft. Die einzelnen Theile des neuen Apparates sind gesondert zu haben, so dass man in der Lage ist, einen gewöhnlichen Paquelin in einen Heissluftbrenner umzuwandeln.

Lassar frägt, ob zwischen dem Holländer'schen und dem Werther-schen ein principieller Unterschied besteht; L. hatte letzteren mit Vortheil angeweudet.

Holländer erwidert, dass nur einige Kleinigkeiten verschieden sind; die Leitung liegt im Schaft und die Gummitheile sind aus Aspirationsgummi hergestellt. Die Hitzewirkung ist eine kolossale, was besonders bei Blutungen von grossem Vortheil ist. Der Preis des ganzen Apparats beträgt 80 Mk., einzelne Theile kosten nur 30 Mk.

Lassar führt an, dass man beim Werther'schen Apparat den glühenden Theil nicht sieht, was von grossem Vortheil ist.

6. Paul **Richter** hat im 11. Band der Zeitschrift für wissenschaftliche Mikroskopie im Jahre 1894 die Vorschrift zu einer weissen Tinte gefunden, welche aus Wasserglas und flüssiger chinesischer Tusche zusammengesetzt ist, deren Herstellung eine englische Firma besorgt. Zuvörderst hat R. die Tinte von einer deutschen Firma herstellen lassen, dieselbe war aber sehr theuer. Schliesslich ist nach mehrfachen Versuchen R. zu folgender Zusammensetzung gekommen: 20 Gr. Baryumsulfat, eine 10%ige Gummiarabicumlösung, 6 Gr. Wasserglas und 5 Gr. destillirtes Wasser. Diese Tinte ist zum Beschreiben von mikroskopischen Präparaten ausserordentlich gut zu verwenden.

O. Rosenthal.

Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Acute und chronische Infectionskrankheiten.

Düring, E. v. und **Trantas**. Ophtalmoskopische Befunde bei Leprösen. Dtsch. Med. Woch., 9. 1900.

Zur Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syringomyelie glauben Düring und Trantas eine lepröse Chorio-Retinitis specifischer Natur aufstellen zu können. Auf der Chorioidea finden sich an Grösse sehr verschiedenartige Flecke von mannigfaltigster Form, bald rund, bald mehr oval, bald länglich, gewunden, unregelmässig. Meistens waren sie tiefschwarz, dunkel, manchmal weiss, atrophisch; viele waren gemischt. Da keiner der untersuchten Leprösen irgendwie Lues vermuthen liess, so wird man trotz der Aehnlichkeit mit der bei Lues an der Chorioidea gefundenen Veränderungen und da, Schlesinger niemals bei Syringomyelie ähnliche Veränderungen des Augenhintergrundes antraf, dieses ophtalmoskopische Symptom eventuell bei der Differentialdiagnose verwerthen können. Hervorzuheben ist noch, dass in einem Falle die Entwicklung der Augenerkrankung umgekehrt als gewöhnlich erfolgte, nämlich von der Chorioidea beginnend gegen die Cornea. Max Joseph (Berlin).

Müller, J. F. Das Leprahospital zu Pelantoengan. Bericht über das Jahr 1897. Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. XXVIII.

In dem Spitale wurden 85 Leprakranke verpflegt, 62 Männer, 23 Weiber. In überwiegender Zahl der Fälle traten die ersten Erscheinungen der Lepra im Alter von 1—30 und hier wieder am häufigsten zwischen 11 und 20 Jahren auf.

Im Jahre 1897 wurden 6 Europäer neu aufgenommen; die ausführlichen Krankengeschichten von 4 derselben sind beigegeben. In thera-

und zeigt parenchymatöses und interstitielles Oedem, viele Muskelzellen in Karyokinese. Bei zwei von den sieben excidirten Papeln wurden nun in den Wandungen zwischen den Muskelfasern dieser Vene, sowie im Thrombus selbst Tuberkelbacillen in bedeutender Zahl gefunden. In den vorgeschrittenen Stadien ergab die histologische Untersuchung Nekrose des Thrombus und der Vene und eitrigen Zerfall.

Der Autor fasst nun den Fall in der Weise auf, dass durch die lange Jahre bestehende und wiederholt zur Ulceration und Zerfall führende tuberculöse Erkrankung der Lymphdrüsen für das Eindringen erweichter, bacillenhaltiger Massen in die Blutbahn Gelegenheit gegeben worden war; aber weder die Bacillen noch ihre Toxine sind so virulent oder in solcher Menge vorhanden, dass sie die Erscheinungen einer Miliartuberculose oder Temperatursteigerungen oder sonstige anderweitige schwere Organerkrankungen hervorbringen könnten, sondern sie erzeugen nur an umschriebenen Punkten der Haut, der Gelenke, der Knochen und der Pleura Erkrankungsherde. In der Haut führt die Bacilleninvasion zu umschriebenen Thrombophlebitiden mit Ausgang in Nekrose und eitrigen Zerfall. Die acute Entstehung, die umschriebene Form und das Auftreten der Herde in gesunder Haut sprechen für die Zufuhr der Erkrankungsursache durch das Blut; das Vorhandensein eines Knotens in der Subcutis erklärt sich aus der Thrombose der Vene, die Nekrose und der eitrige Zerfall aus der Art des Virus. Die Wichtigkeit der Beobachtung liegt darin, dass sie den Beweis für die Möglichkeit des hämatogenen Ursprunges tuberculöser Hauterkrankungen liefert, das heisst für die metastatische Entstehung derselben auf dem Wege der Blutbahn.

Th. Spietschka (Brünn).

Brault, J. Lèpre tuberculeuse traitée par les injections de Calomel. Annales 1898. Soc. de Dermat. et. de Syphiligr. 18. Avril.

Ein Fall von typischer tuberöser schwerer Hautlepra zeigte auf 4 Calomelinjectionen. (die erste zu 5 Ctgr., die folgenden zu 10 Ctgr. in Intervallen einer Woche), nur sehr geringfügige Besserung, diese selbst aber kann bei der spontanen Tendenz der leprösen Knoten und Geschwüre sich zurückzubilden, nicht mit Sicherheit auf Rechnung des Calomels gesetzt werden.

R. Fischel (Bad Hall).

Vollmer. Ueber die bei Pellagra auftretenden Hautveränderungen. (Dermatol. Zeitschr. 1900, Heft 3).

Der Verfasser betitelt seine Arbeit „Reiseskizze“ und macht aufmerksam auf die Ernährungsstörungen der Haut im Verlaufe der Pellagra, welche sich durch erythematöse und eczematöse Entzündung mit consecutiver Atrophie, durch Oedembildungen, in seltenen Fällen durch locale Nekrosen und Geschwulstbildungen manifestiren.

Fritz Porges (Prag).

Batko, S. Chronische Rotzinfection bei einer Bauernfamilie. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 42. 1898.



Batko berichtet über eine Rotzinfection bei einer ganzen Familie. Der Vater, Stallknecht in einem mit Rotz inficirten Stalle zeigte, zuerst rothe Knötchen am Halse, von denen eines zur Grösse einer Faust heranwuchs und eitrig zerfiel. Wahrscheinlich durch den Eiter dieses Abscesses inficirt, erkrankte das zweijährige Töchterchen unter dem Bilde eines Eczema scrophulosum. Später erkrankte die Mutter und zwar zeigte sie unter dem Augenlide ein ausgebreitetes Geschwür, ein älteres Kind hatte nur die Zeichen eines Naseneczems. Was von Wichtigkeit war, es ergab die bakteriologische Untersuchung bei allen Pat. Rotzbacillen.

Fabry (Dortmund).

Straub, Gustav. Ein sporadischer Fall von Scorbut. Inaug.-Diss. Tübingen.

Die Erkrankung betrifft eine 47 Jahre alte, früher luetisch inficirte Frau und besteht seit ungefähr 2 Jahren. In dieser Zeit bildeten sich sehr häufig Blutaustritte in die Haut, Zahnfleisch, Wangenschleimhaut und zu Beginn der Beobachtung ein pflaumengrosses, fluctuirendes Blutextravasat über der Patella. Unter den Zeichen der acuten Herzinsufficienz ging die Frau rasch zu Grunde und es fanden sich bei der Section neben starker Verfettung des Herzmuskels frische und ältere Blutungen in Haut und Schleimhäuten, im subcutanen, intermusculären und subperiostalen Gewebe.

Straub konnte aus den äusseren Lebensbedingungen der Frau eine Ursache für den Scorbut nicht nachweisen.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Du Castel et **Salmon.** Eruption streptococcique. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr., 18. Avril.

Gesicht und unt. Extremitäten des 7monatlichen Säuglings tragen pustulöse Herde. An ersterem sollen dieselben nach Gebrauch eines Balsams aufgetreten sein, doch halten die Autoren die Affection, da sie auch an den unt. Extremitäten aufgetreten ist, nicht für artificiell, sondern für eine Streptococcie. Die bakteriologische Züchtung des Pustelinhaltes ergab nämlich das alleinige Wachsthum von Streptococcenculturen.

M. Hallopeau und M. Jaquet halten die Affection für eine Jod- oder Bromacne. R. Fischel (Bad Hall).

Foulerton, A. G. R. On streptothrix infections. (British Journal of Dermatology 1899.)

Nach einem ausführlichen Ueberblick über die Ansichten, die in der Literatur über die einzelnen Streptothrixformen, ihre Classification in der Reihe der Bakterien, ferner über ihr bakteriologisches Verhalten vorherrschen, gibt der Verfasser die Beschreibung eines Falles von Streptothrixinfection bei einer 46jährigen Italienerin, die mit den Erscheinungen einer Actinomycose zur Beobachtung kam. Ein Jahr vor Spitalseintritt war bei der Patientin ein Abscess in der linken Achselhöhle aufgetreten, nach dessen Eröffnung ein 5 Zoll tiefgehender Fistel-



gang zurückblieb. Kurz darauf trat über der Clavicula derselben Seite ein kleiner rother schmerzhafter Knoten auf, der rasch aufbrach, während sich gleichzeitig mehrere kleinere Knötchen in der Umgebung des ersten bildeten. Bei Spitalseintritt zeigte sich die Haut über der linken Schulter geschwollen, die Oberfläche derselben uneben, wie von körniger Beschaffenheit. Diese Partie war durch eine tiefe, der Clavicula entlang laufende Furche in eine obere und untere Hälfte getheilt, von denen die untere deutliche Fluctuation zeigte; die Haut erschien geröthet, von zahlreichen zumeist über stecknadelkopfgrossen Abscessen durchsetzt, nach deren Eröffnung kleine Geschwürsflächen zutage traten, die blutig eitriges Secret secernirten. In dem Eiter, sowie im Sputum fanden sich zahlreiche gelblichweisse Körnchen, die makro- und mikroskopisch dasselbe Bild gaben, wie die Körnchen bei Actinomycose. Die mit grösster Sorgfalt vorgenommene bakteriologische Untersuchung ergab dagegen eine Verschiedenheit von den für Actinomycose bekannten Eigenschaften, so dass es sich anscheinend um eine andere Species des Streptothrixpilzes gehandelt haben dürfte. Wie Foulerton erwähnt, ist ein analoger Fall von Bruns beschrieben worden, welcher Autor auch in Anbetracht der von Actinomycose differirenden bakteriologischen Untersuchungen für die Affectionen solcher Art den Namen „Pseudo - actinomycosis“ in Vorschlag gebracht hat. Robert Herz (Prag).

Blumer, George et **Lartigau,** August Jerome. A Report of Three Cases of Ascending Urinary Infection due to the Bacillus Pyocyaneus and the Proteus vulgaris. New-York Med. Journal LXXII 495. Septbr. 22. 1900.

Blumer u. Lartigau machen darauf aufmerksam, dass trotz der weiten Beobachtung des Bacillus pyocyaneus sein Auftreten in aufsteigender Form im Urogenitaltractus nirgend erwähnt werde. Ebensowenig ist von seinem gelegentlichen gemeinschaftlichen Auftreten mit Proteus vulgaris Notiz genommen worden. Die Berichte über die 3 Fälle beziehen sich hauptsächlich auf Leichenbeobachtungen. Im 1. Falle bestanden zu Lebzeiten besonders Symptome vom Nervensystem; anfangs theilweise, später vollkommene Paraplegie, anfangs Steigerung, später Erlöschen der Reflexe, Anaesthesie, Analgesie, ohne nachweisbare anatom. Veränderungen am Rückenmark selbst. Später Decubitus und Infection desselben durch den bac. pyocyan. Section und bakteriolog. Untersuchung ergaben aufsteigende Infection des Urogenitaltractus mit bacill. pyocyan. mit Veränderungen der Gewebe, welche auf ein langes Bestehen des Processes hindeuteten. Im Blute vom Herzen, in der Leber, Lunge und Milz wurde bacill. coli commun. gefunden. Im 2. Fall handelte es sich um eine Blasensteinerkrankung begleitende Infection. Der 3. Fall betraf eine 22jährige Negerin, die unter den Erscheinungen einer allgem. hämorrhagischen Septicämie zu Grunde ging, wahrscheinlich im Anschluss an puerperale Infection mit Streptococcus. Der letztere wurde in der Vagina, Uterus, Blut aus dem Herzen, Lunge, Milz und linken Niere gefunden;

in der Leber wurde bacill. coli comm, Proteus vulgar. in der Blase, im rechten Ureter am r. Nierenbecken gefunden.

Specifische anatomische Veränderungen scheint die Infection nicht hervorzurufen, sondern nur entzündliche, hyperplastische Processe. Der isolirte Bac. pyocyan. zeigte sich in allen 3 Fällen verhältnissmässig nicht virulent, wohl wegen der entschieden chronischen Natur der Infection.

H. G. Klotz (New-York).

Entzündungsprocesse.

Roth, Fr. Fall von Urticaria recidiva mit acuten Schüben und Albuminurie. Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. XXIX.

Das 3¼ Jahre alte Töchterchen des Verf., das schon früher leichte Urticaria gezeigt, erkrankte unter Fieber und Abgeschlagenheit. An der Haut zeigten sich rasch abblassende Efflorescenzen, die der Reihe nach Gesicht, Rumpf, Extremitäten ergriffen. Dabei bestand im Gesicht ziemlich starke wechselnde Schwellung der Lider. Harnmenge verringert, Urin trüb, eiweisshältig, Bruchstücke von granul. Cylindern.

Nach 8 Tagen Wohlbefinden, Verschwinden des Eiweiss. 5 Monate später neuerliche Lidschwellung, rothe Flecke im Gesicht, Rumpf, Extremitäten, dazwischen Quaddeln. Im Urin geringe Eiweissmenge. In den folgenden Wochen fortwährend Auftreten grösserer und kleinerer, rasch schwindender Erythemflecke im Gesicht, besonders nach äusseren Reizen. Vf. glaubt, Morbillen ausschliessen zu können, obzwar seine beiden anderen Kinder damals auch erkrankten, das eine einen Ausschlag mit leichter Lidschwellung, das andere Lidschwellung und leichte Albuminurie zeigte.

Ludwig Waelsch (Prag).

Darrier, J. et **Sottas,** E. Erythéme polymorphe confluent de type érythéma papuleux. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr., 10. Fevrier.

Das Interesse des Falles gipfelt in der Mächtigkeit der Eruption, in dem Polymorphismus der Elemente (Erythem, erythematös - urticariaartige und papulösquaddelartige Efflorescenzen), in der abnormalen Localisation (Freibleiben der Handrücken, der Knie und der Mundschleimhaut) in den Prodromalerscheinungen, die an den Beginn einer Infectionskrankheit erinnern und in der Aetiologie die dem Genusse verdorbener Seefische zugeschrieben wird.

R. Fischel (Bad Hall).

Jaquet, L. et **Regnard.** Erythème pernio iris ulcèré des pieds, familial et héréditaire. Annales 1898. Soc. de dermat. et syphiligr., 10. Mars.

Drei Geschwister leiden an ulcerirten Perniones der Füsse. Vater und Mutter leiden an demselben Uebel. Das Substrat der Affection bildet ein Erythema circinatum, marginatum, iris, dessen Spuren noch sichtbar sind. Ausserdem besteht Ichthyosis, Atresie des arteriellen Systems.

R. Fischel (Bad Hall).

Audry, Ch. De la lésion de l'érythéme induré. (De Bazin sur la notion du lymphatisme). Annal. 1898.)

Bei dem 34j. blassen, pastös aussehenden Mädchen entwickelte sich die Affection vor 3 Jahren und trat in Intervallen von 3—4 Monaten auf. Vor 3 Monaten neue Attaque an dem unt. Drittel der Unterschenkel.

Die histologische Untersuchung ergab fettige Degeneration in dem von einem spontanen mächtigen Oedem befallenen Bindegewebe der Cutis und Subcutis ohne entzündliche Erscheinungen. Der bakteriologische Befund vollständig negativ.

Audry schliesst sich der alten Ansicht Hardy's an, dass das Erythème de Bazin eine Varietät und chronische Form des Erythema nodosum ist. R. Fischel (Bad Hall).

Johnston, J. J. New-York. Erythema induratum und Granuloma necroticum an demselben Individuum. Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. Juli 1899.

Die 16-jährige, blasse, schwächliche Näherin war 2 Jahre lang unter der Beobachtung Johnston's. In beiden Linien ihrer Familie besteht tuberculöse Belastung; die Patientin ist selber mit geschwellten Halsdrüsen behaftet, welche jedoch noch nicht vereiterten. Die Hautdecke ist allenthalben verdickt rauh, kalt, bläulich gefärbt, an den Händen und Füssen ödematös. An den Streckseiten der Unterschenkel sind mehrere zerstreute, bald mässig erhabene, bald nur in der Tiefe fühlbare Infiltrationen abzutasten. Dieselben sind von verschiedener Ausdehnung; lassen sich nicht gut abgrenzen, sind erst bläulichroth, später tiefroth colorirt. Pigmentflecke sind eine häufige Folge ihrer Involution. Bei oberflächlicher Lagerung kommt es zuweilen zur Geschwürsbildung; in diesem Falle an 2 Stellen. Die Geschwüre sind indolent, haben einen zackigen Rand und unebenen Boden. Der Heiltrieb ist schlecht. Im Beginne ähneln die Efflorescenzen denen des Erythema nodosum. Den Zustand an den Händen bezeichnet Autor als Granuloma necroticum, obschon das Krankheitsbild, in Folge der Verschiedenheit des klinischen Aspektes je nach dem Sitze der Läsionen, von mehreren Autoren mit verschiedenen Namen bezeichnet wurde. Die Eruption besteht bei diesem Falle aus blassen Knötchen, welche nicht schmerzhaft sind; zuerst tief sitzen, später langsam gegen die Oberfläche vorrücken, wobei sich die rothe Farbe immer mehr sättigt. In der Mitte der als flache Papel zum Vorschein tretenden Läsionen kommt es zum Zerfalle. Der necrotische Pfropf fällt dann aus und hinterlässt eine pigmentirte Narbe. Die Eruption zeigt in ihrem ganzen Verlaufe grosse Aehnlichkeit zu einem kleinpapulösen Syphilid. Kräftige Ernährung und bessere hygienische Lebensverhältnisse erwiesen sich als die einzige Heilmethode. Beck (New-York).

Dade, C. T. New-York. Ein Fall von Erythème induré des Scrophuleux-Bazin mit mikroskopischen Befunden, welche die Beziehung zur Tuberculose widerlegen. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. Juli 1899.)

Der 42-jährige, gut gebaute, gesunde, an mässige Lebensweise gewöhnte Mann, dessen Anamnese weder luetische noch tuberculöse Belastung verdächtigt, hatte seit Oct. 1896 drei gleichartige Attacken von erbsengrossen Knötchenbildungen an den Unterschenkeln. Die Inspection der letzten, auch im Herbste sich eingestellten, Eruption ergab etwa 7 abgesonderte, ziemlich runde, röthlich-violette bis rothe Plaques, welche kaum erhaben — auf Druck nicht schmerzhaft — und auch nicht warm anzufühlen sind. Die Röthe schwindet auf Druck leicht und blendet sich in die normal gefärbte Nachbarhaut unbegrenzbar ab. — Die mit der Haut leicht verschiebbaren, tiefsitzenden Knötchen sind hinten und an der Seite beider Unterschenkel gelagert und bedingen einen dumpfen Schmerz nur nach längerem Stehen. — Gelenkschmerzen waren nicht zu verzeichnen. Mangel von Narben beweist, dass es nie zum Gewebszerfalle kam; wenn auch die Mitte der grösseren Plaques auf Druck mit der Fingerspitze ein teigiges Gefühl vertäuscht. Es wurden Gewebsstücke aus solchen Partien entnommen und der mikroskopische Befund ergab eine subacute exsudative Entzündung. Die Cutis ist von polynucleären Leukocyten und wenigen einkernigen Zellen durchsetzt. Die Leukocyten sind stellenweise so zahlreich, als wenn sie winzige Abscesse darstellen würden. Die Wandungen der Gefässcapillaren sind verdickt, geschwollen, stellenweise durchbrochen und von extravasirtem Blute umgeben. Nirgends waren Gewebszerfall, Rundzelleninfiltration, fettige Degeneration oder Miliartuberkel nachweisbar. Fahnden nach Tuberkelbacillen, wie auch Inoculationsversuche auf Meerschweinchen fielen negativ aus. Die 3-mal auf einander folgenden, anhaltenden Attacken von indolenten, sonderbar localisirten mit keinerlei constitutionellen Symptomen vergesellschafteten Läsionen entsprachen nicht dem klinischen Bilde des Erythema nodosum. Der Ausbruch von frischen Läsionen ist lange anhaltend, ohne das Wohlbefinden des Patienten erheblich zu stören. Beck (New-York).

Libont, M. Eruption antipyrinique. Annales 1893. Soc. de Dermat. et de syphiligr., 18. Avril.

Patientin nimmt seit 11 Jahren wöchentlich einmal 1 Gr. Antipyrin in Pulver oder Syrupform. Vor 6 Jahren bemerkte sie zufällig an der linken Seite in der Lendengegend einen frankgrossen Fleck, der auf jede Antipyrineinnahme reagirte. Jetzt repräsentirt er sich in der Grösse von 6·9×4·3 Mm. intensiv dunkelbraun, gegen die Peripherie allmälig lichter werdend.

Es handelt sich um die von Brocq als pigmentös-erythematöse fixe Form beschriebene Varietät des Antipyrinexanthems. Trotz zweimonatlichem Aussetzen des Medicaments sind keine Veränderungen an dem Plaque zu constatiren.

M. Du Castel macht auf Intermissionen der Intoleranz gegen ein Medicament aufmerksam.

M. Brocq bemerkt, dass einzelne Autoren Beimengungen zum Präparat als Ursache der Exantheme beschuldigen.



M. Fournier erwähnt, dass die Intoleranz gegen Arzneimittel oft nur vorübergehend ist.

Nach M. Brocq ist die Stärke der Pigmentation von indiv. Verhältnissen abhängig.

M. Barthélemy räth, sich durch Intoleranzerscheinungen von der Weiterdarreichung der Medicamente nicht abhalten zu lassen und erhärtet seine Behauptung durch Beispiele (Balsamica und Resorcin).

M. Besnier lenkt die Aufmerksamkeit der Gesellschaft auf die vielleicht noch unbekannte Erscheinung von Association von Intoleranz bei äusserer und innerer Darreichung des Antipyrins. Eine Dame die nach innerem Antipyringebrauch an Urticariaexanthemen litt, bekam nach äusserer Anwendung des Medicaments vesiculöse Eruptionen an den von Antipyrin benetzten Stellen. Ihre Tochter zeigt dieselbe Empfindlichkeit.

M. Vérité betont, dass man bei Anwendung der Geheimmittel gegen Kopfschmerzen, die gewiss Antipyrin enthalten, vorsichtig sein müsse.

R. Fischel (Bad Hall).

Apolant. Zur Pathogenese der localisirten Antipyrinexantheme. (Dermat. Zeitschr., Bd. V, 1899.)

Der Verfasser, der an einer Idiosyncrasie gegen Antipyrin leidet, bekommt schon nach 0·05 Gr. Erytheme, welche in letzter Zeit nur an der rechten Schläfe und der Haut der Genitalien localisiren, während sie in früheren Jahren auch an anderen Stellen erschienen. Eine 10% Antipyrin-Salbe auf diese prädisponirten Stellen applicirt bringt dieselben Erytheme hervor, während die übrige Haut auf Einreibungen nicht reagirt. Wird eine grössere Partie der Haut mit einer Salbenmenge, welche 3 G. Antipyrin enthält, durch einige Minuten eingerieben, so entsteht an den oben erwähnten Stellen das Exanthem, ein deutlicher Beweis für die Resorption nicht flüchtiger Substanzen durch die menschliche Haut.

Fritz Porges (Prag).

Lipman-Wulf. Ueber Auftreten von universellem Exanthem nach localer Anwendung von Jodvasogen. (Dermat. Zeitschr., Bd. VI 1899.)

Nach 9-tägiger täglicher Application von Jodvasogen auf eine Lymphadenitis trat ein scharlachartiges Exanthem, mit hochgradigem Oedem des Gesichtes auf, welches sich im Laufe von einer Woche langsam zurückbildete. Während der ganzen Zeit war Jod im Harne nachweisbar.

Fritz Porges (Prag).

Kreyenberg, Martin. Ueber Jodoformexantheme. Inaug.-Diss. Strassburg 1898.

In dem ersten Falle handelt es sich um eine syphilide Localaffection, die excidirt, genäht und mit Jodoform verbunden wird. Die Wunde heilt gut. Als die ersten secundären Symptome erscheinen Succinimid-Injectionen. Plötzlich erscheint mit Oedem des Präputiums und Röthung um die Schamgegend ein fiberhaftes Erythem, das nur auf das Jodoform zurückgeführt werden konnte. Da das Fieber in mehreren Tagen nicht verschwindet, Antipyrin, aber vorher aus Versehen noch

einmal local Jodoform, worauf unter schweren Allgemeinerscheinungen das Fieber noch mehr steigt. Jedenfalls besteht neben der Jodoform-Intoxication eine Antipyrin-Idiosynkrasie, wie ein nochmaliger Versuch mit Antipyrin zeigte.

Der zweite Fall verlief leichter, war nur auf das Scrotum, Unterbauchgegend und Oberschenkel beschränkt, und nur diagnostisch schwerer, weil sich das Exanthem auf ein maculo-papulöses Syphilid aufpfropft.

Kreyenberg bespricht dann noch durch ausführliche Literaturmittheilung die ganze Pathologie, Aetiologie und Therapie der Jodoformexantheme. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Heuss, E. Ueber chronische Primeldermatitis. Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. XXIX.

Bei den bisher beschriebenen Fällen von Primeldermatitis handelt es sich fast durchwegs um acute Erkrankungen. Heuss berichtet über 4 Fälle, wo die Erkrankung sich unter dem Bilde eines chronischen, immer und immer wieder recidivirenden Eczems verbarg, das aller antieczematösen Behandlung spottend, erst nach Entfernung der Causa morbi unter symptomat. Behandlung definitiv heilte. Diesen Fällen waren folgende Momente gemeinschaftlich: chronisch intermittirende, eczematöse Erkrankung an den Händen, in drei Fällen auch am Halse und Gesicht. Die Entzündung wurde durch Contact mit Primula obconica hervorgerufen und unterhalten; jede neuerliche Berührung mit der Pflanze liess die Erscheinungen exacerbiren. Keine Disposition für Eczem, gesunder Magen und Genitalien. Die Fälle betrafen sämmtlich Frauen. Das Krankheitsbild, eine Folgeerscheinung häufiger, wiederholter, acuter Entzündungen war das eines typischen, chronischen, trockenen Eczems mit leichter Hautverdickung, mässiger Schuppung, Rhagaden, heftigem Jucken, vereinzelter Bläschen- und Papelbildung bei geringen entzündlichen Veränderungen, nicht selten asymmetrisch localisirt, ungemein hartnäckig. Die acute Dermatitis, von der Verfasser ebenfalls einen Fall beschreibt, bietet ein einheitliches Bild, variirt in seiner Intensität, in Form von lebhaft bis dunkelrother Verfärbung, umschriebenem (Quaddeln) oder polsterähnlichem bis diffusen oder sogar erysipelähnlichem Oedem, Papeln, Bläschen, Blasen, an Scabies der Hände und acutes Eczem der Hände erinnernd, zuerst auftretend an den unbedeckt getragenen, mit der Pflanze in directe Berührung kommenden Körperpartie. Die ersten Erscheinungen treten zumeist einige Stunden nach der Berührung auf, um sich besonders gegen Abend zu steigern.

Die Behandlung ist vorzugsweise eine symptomatisch-antiphilogistische nebst Beseitigung der Causa morbi. Ludwig Waelsch (Prag).

Crocker, H. Radcliffe. A clnical study of some winter and summer recurring Eruptions. (The British Journal of Dermatology 1900.)

Crocker erhöht die Uebersichtlichkeit des im Titel gegebenen Stoffes durch eine Eintheilung der zu besprechenden Exantheme in mehrere Gruppen. Unter die erste Gruppe i. e. jene Affectionen, die nur im

Winter auftreten, rechnet Crocker s. str. nur die Frostbeute, Raynauds Krankheit, Pruritus hiemalis und die von Corlett mit dem Namen Dermatitis hiemalis bezeichnete Hautaffection. Einige Krankheiten chronischer Natur, wie Eczeme, Ichthyosis, Lupus, zeigen im Winter nur eine durch die Kälte verursachte Exacerbation. Eine dritte Gruppe von Exanthemen, die ihre Ursache in einer Art Idiosynkrasie haben, kann sowohl im Winter, als im Sommer auftreten. Im folgenden widmet Crocker einigen selteneren im Winter auftretenden Hautaffectionen eine ausführlichere Besprechung.

Mit dem Namen: Acrodermatitis pustulosa hiemalis bezeichnet er eine nur im Winter auftretende Affection, deren Beschreibung er in 3 genauer mitgetheilten Krankheitsfällen zu geben versucht. Sie befällt in papulo pustulöser Form ausschliesslich die Hände und zwar vorwiegend an den Knöcheln; die meist isolirten Efflorescenzen sind indurirt, schmerzen nicht, und, wenn auch ihre Zahl gering ist, und dieselben durch Herbeiführung einer besseren Circulation zum Schwinden gebracht werden können, hat doch die Affection das Unangenehme, dass sich während der Winter- und Frühjahrsmonate acute Nachschübe einzustellen pflegen.

Diese Krankheitsform hat, wie Crocker selbst zugibt, viel Aehnlichkeit mit der von Barthelémy beschriebenen Folliclis — einer Erkrankung, die von den meisten Dermatologen für Acnitis gehalten wird. Sie unterscheidet sich aber durch ihre an die Finger gebundene Localisation, die stets gleichzeitig vorhandene Circulationsstörung und ihre Exacerbation bei kalter Witterung.

Uebergehend zu anderen Winterausschlägen erzählt Crocker die Krankengeschichte eines 12jährigen Knaben, der seit frühester Jugend an einem stets im Winter mitunter auch bei starker Sommerhitze schlimmer werdenden Exanthem litt, das wiederum ausschliesslich die Hände befiel. Dasselbe bestand in meist gruppenförmig angeordneten Pusteln in entzündeter Haut. Dieses Exanthem ähnelte dem von Corlett als Dermatitis hiemalis beschriebenen; die Behandlung bestand in Auflegung einer Borsalbe und innerlicher Verabreichung von Eisenpräparaten.

Des Weiteren beschreibt Crocker als in diese Gruppe gehörig ein zur Winterszeit recidivirendes Erythem vorwiegend localisirt an Stirn, Kinn und Wangen; ferner ein Acneähnliches, gleichfalls im Gesichte und zwar an der Nase und den angrenzenden Wangentheilen auftretendes Exanthem, von Crocker als Acne hiemalis bezeichnet; schliesslich — als letzte Form der Winterausschläge — die Eruption eines dem Bilde der Acne rosacea ähnelnden Ausschlages mit analoger Localisation wie Acne rosacea. In den anfangs erythematosen Herden entwickeln sich später papulöse Efflorescenzen. Auch diese Form verschwand, wie die meisten vorgenannten mit dem Eintreten der wärmeren Jahreszeit.

Der zweite Theil umfasst die Sommerausschläge. Auch hier gibt es Exantheme, die im Sommer nur eine Recrudescenz erfahren, wie Urticaria papulosa, Prurigo und der übrigens seltene Pruritus aestivalis.

Ueberhaupt können alle Hauterkrankungen insbesondere solche, die eine chronische Entzündung derselben darstellen, eine Verschlimmerung erfahren, wenn sie den die Haut reizenden Sonnenstrahlen ausgesetzt sind. Dies gilt besonders für Acne rosacea und Lupus erythematosus. Zu den Sommerausschlägen gehören ferner Miliaria und Pompholyx. Als „essentielle" Sommerexantheme jedoch bezeichnet Crocker: Hydroa aestivale sowie eine Reihe von im Sommer recidivirenden Exanthemen, die zuerst von Hutchinson genauer differencirt wurden und die Crocker im Folgenden in einer Reihe von Fällen beschreibt. In dem ersten Falle handelt es sich um eine Art von reiner Sommerprurigo (Hutchinson), die weiteren Fälle behandeln theils vesico-pustulöse, theils rein erythematöse, theils papulo-erythematöse, theils endlich rein papulöse Formen. Alle diese Fälle gehören — nach Crocker's Ansicht — zusammen, wenn sie sich auch morphologisch unterscheiden, und treten zumeist bei jugendlichen Individuen auf.

In seinem Schlussworte betont Crocker, dass mit Ausnahme der eingangs erwähnten Acrodermatitis pustulosa hiemalis, sämmtliche der beschriebenen Affectionen angioneurotischen Ursprungs sind, deren Verschiedenheit sich nur durch die individuelle Prädisposition erklären lässt. die ja auch als ätiologisches Moment bei den meisten Sommer- und Winterausschlägen eine hervorragende Rolle spielt.

Robert Herz (Prag).

Takvorian, A. Contribution à l'étude des dermites simples de l'enfan ee. Thése de Paris 1898, Nr. 411, 48 Seiten.

Die anderweitig unter den Namen „erythémes feniers" (Steiss-Erytheme), vesiculöse oder papulöse Erytheme u. s. w. beschriebenen Dermatosen des Kindesalters bilden eine natürliche Familie, deren einzelne Gruppen eng verwandt sind und den Namen „dermites simples" verdienen, weil er besser als die anderen Bezeichnungen Art und Stärke der Läsionen kenntlich macht.

Zwei eigene und fünf Beobachtungen von L. Jacquet, die auch das Factum illustriren sollen, dass die einfache Dermatitis papulosa der kleinen Kinder lange mit syphilitischen Efflorescenzen verwechselt wurde, aber nichts damit zu thun hat. Kuznitzky (Köln).

Fox, T., Colcott. On a case of bullous eruption of undetermined nature. (British Journal of Dermatology 1899).

Bei einer sonst gesunden Frau von 36 Jahren beobachtete Fox im März 1899 ein pemphigoides Exanthem, das sich in Form von erbsen- bis wallnussgrossen Blasen über den ganzen Körper, vorwiegend aber am Rücken sowie an den Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten localisirte. Mundschleimhaut war frei. Der Blaseninhalt war eitrig, nur an den unteren Extremitäten hämorrhagisch, wo übrigens auch die Haut erisypelartig geröthet erschien. Nach dem Platzen der Blasendecken traten die tieferen Hautschichten geröthet, infiltrirt, zumeist kraterförmig exulcerirt zu Tage, das Krankheitsbild erinnerte an das Bild bei manchen Jod- oder Bromexanthemen. Da sich die Patientin anfangs wohl fühlte



und ausser dem Exanthem keinerlei Erscheinungen, noch auch subjective Beschwerden hatte, so suchte sie Spitalshilfe erst dann auf, als unter Fiebersteigerung die Blaseneruption stärker wurde, und sie körperlich mehr und mehr herunterkam. Im Spitale wurde nun festgestellt, dass die Eruption in Form von Infiltraten oder Knötchen begann, welche sich rasch zu Blasen mit eitrigem oder blutigem Inhalte umwandelten. Die Blasen platzten, und es trat im Centrum des Blasengrundes Exulceration auf. Die Geschwüre, insbesondere die der unteren Extremitäten, nahmen zuletzt phagedänischen Charakter an, und unter Erscheinungen der Septicämie trat neun Wochen nach Beginn der Affection der Tod der unterdess sehr herabgekommenen Patientin ein. Die Section ergab keine Anhaltspunkte für die Aetiologie obiger Blaseneruption, ebensowenig die histologische und bakteriologische Untersuchung des Blaseninhaltes. Da die differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Exantheme wie: medicamentöse Exantheme, Malleus, Syphilis und Pemphigus ausgeschlossen werden konnten, so blieb die Diagnose dieser ätiologisch räthselhaften Erkrankung in suspenso. Robert Herz (Prag).

Czibulinski, Bruno. Ueber Dermatitis exfoliativa. Inaug.-Diss. Königsberg 1897.

Fall 1, 2 und 4 der von Czibulinski mitgetheilten Fälle sind bereits von dessen Lehrer Caspary in der Versammlung der Deutschen dermatologischen Gesellschaft 1898 bekannt gegeben und in dem ausführlichen Berichte über die Verhandlungen des VI. Congresses in diesem Archive (Bd. 47, pag. 264 u. f.) referirt worden. Der dritte Fall betraf eine 33jährige Person, die seit einem Jahre erkrankt, zur Zeit der Beobachtung die Haut am ganzen Körper in grossen Schuppen abgehoben zeigte. Die noch haftenden Schuppen sind leicht abzuziehen, Haut darunter nässend, Sekret weisslich trübe, eiterähnlich. Haut geröthet, derbe. An der Streckseite der Füsse sind die Schuppen borkig. Affection über den ganzen Körper gleichmässig vertheilt. Anamnestisch liess sich nur eruiren, dass anfangs Bläschen und Blasen auf der Haut entstanden waren, die nach verschieden langem Bestande zu Borken eintrockneten. Es lässt sich deshalb darüber streiten, ob dies eine Dermatitis exfoliativa suo generis ist, oder ob ein Pemphigus vulgaris oder foliaceus die Grundlage der Dermatitis exfoliativa universalis bildet.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Hallopeau, H. et **Charles,** Lévi: Sur un cas de pemphygus aigu de l'adulte. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr., 13 Janvier.

60jähriger kräftiger Mann erkrankt 8 Tage vor seinem Eintritt ins Spital mit Blasenbildung von Centime- bis Francgrösse mit theils klarem, theils eitrig serösem fibrinösem Inhalt, ohne erythem. Hof, die sich an der Achsel, in den Leisten, an der Innenseite der Extremitäten und in geringer Zahl am Stamm localisiren. Fehlen von eosinophilen Zellen im Blaseninhalte, keine Vermehrung derselben im Blute. Nach kaum 2 Wochen Heilung mit Zurücklassung von braunen Flecken.

An Stellen, wo trockene Schröpfköpfe gesetzt wurden traten Blasenbildungen auf.

Vom Erythema bullosum unterscheidet sich die Affection durch die Localisation und das Fehlen des erythem. Hofes. Von der Dermatitis herpetiformis durch den raschen Verlauf.

Die Affection kann sowohl trophoneurotischen als toxischen Ursprungs sein. R. Fischel (Bad Hall).

Truffi, Mario. Contribuzione alla quistione del Pemfigo fogliaceo. Il Morgagni 1899. 5. p. 265.

Truffi bringt nach einer ausführlichen Darstellung der Literatur des Pemphigus und im besonderen des Pemphigus foliaceus die ausführliche Krankengeschichte zweier Fälle eigener Beobachtung (Klinik Scarenzio), welche sich trotz gewisser Aehnlichkeiten doch wesentlich von einander unterschieden: beim ersten Falle ist die Blasenbildung vorübergehend, derselben folgt eine ausgedehnte Phase der Desquamation; die Herde sind kreis- und ringförmig und schreiten serpiginös fort; dabei besteht Poliurie; der Hämoglobingehalt des Blutes bleibt ziemlich normal; es besteht bemerkliche Leukocytose; eosinophile Leukocyten finden sich im Verhältnisse von 43·33%. Trotz bedeutender subjectiver Beschwerden (Jucken) und trotz bedeutender psychischer Alteration bleibt der Gesammtzustand des Patienten ein guter. Beim zweiten Falle beherrscht die Blasenbildung namentlich im Anfange das Krankheitsbild; in kurzer Zeit verbreitet sie sich über den ganzen Körper, ihr folgt rasch die Exfoliation; es besteht Oligurie; die Vermehrung der eosinophilen Leukocyten fehlt vollständig; keine subjective Beschwerden; der Allgemeinzustand verschlechtert sich rasch und bald geht der Patient an Marasmus zu Grunde. Diese beiden Fälle werden sodann mit den in der Literatur beschriebenen verglichen. Auf Grund dieser Vergleichung und auf Grund der angeführten Unterschiede spricht sich der Autor dahin aus, diese beiden Krankheitsbilder, welche beide mit dem Namen Pemphigus foliaceus belegt werden können, von einander zu trennen und den ersten Fall den malignen Pemphigoiden (Dermatitis herpetif. Duhring-Impetigo herpetif. Hebrae. etc.) zuzuzählen, den zweiten Fall aber dem Pemphigus, dabei aber den Namen Pemphigus foliaceus fallen zu lassen, und durch einen anderen passenderen zu ersetzen.

Th. Spietschka (Brünn).

Luithlen. Zur Pemphigusfrage. (Dermatol. Zeitschrift. Bd. VI 1899.)

Luithlen unterscheidet zwei Gruppen des Pemphigus, erstens solche, bei denen die Blasen nach erythematösem Stadium ohne Temperatursteigerung entstehen. Die Blasen sitzen im Epithel, das Rete ist nicht betheiligt. Die Prognose günstig. Zweitens solche Fälle, bei denen die Blasen unter Fieber und Mattigkeit auf völlig intacter Haut entstehen; die Blasen entstehen durch völlige Abhebung des Rete von den Papillen, die Prognose ist stets infaust.



Die Veränderungen der Haut bei Pemphigus foliaceus und vegetans erklärt er durch die fortwährenden Nachschübe und die Cachexie der Haut. Fritz Porges (Prag).

Nasarow. Ein Fall von Pemphigus foliaceus Cazenave. (Dermatol. Zeitschr., Bd. VI, 1899.)

Es handelt sich um eine 67jährige Frau, mit letal verlaufendem typischem Pemphigus foliaceus. Der Verfasser bespricht im Anhange die Differentialdiagnose zwischen den in die Kategorie Pemphigus fallenden Krankheiten. Fritz Porges (Prag).

Truffi, Mario. Un caso raro die Herpes zoster. Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle. XXXIII, pag. 610.

Truffi beschreibt einen Fall von Herpes zoster, bei welchem die Erkrankung ein umschriebenes Gebiet an der linken Wange einnahm; ausserdem fanden sich noch isolirte Herde an der Schläfegegend und an der Unterlippe derselben Seite. Dem Ausschlage ging heftige Schmerzhaftigkeit an einer Stelle ungefähr 20 Mm. vor dem Tragus dicht unter dem Jochbogen voraus; die Eruption war von einer Parese des gleichseitigen Nervus facialis begleitet. In Anbetracht dieser Umstände, sowie der Localisation der Erkrankung, welche in kein Vertheilungsgebiet des Nervus trigeminus hineinpasste, und unter Berücksichtigung des Umstandes, dass der Nervus facialis durch seine rami comunicantes (Nervi petrosi superfic und Chorda tympani) auch sensible und nutritive Fasern erhält, nimmt der Verfasser eine Erkrankung des Nervus facialis allein als Entstehungsursache dieser Herpes zoster-Eruption an.

Th. Spietschka (Brünn).

Sulzer, D. Contribution à l'étude du zona ophtalmique. Thèse de Paris 1898, Nr. 369. 55 Seiten.

Aus zwei eigenen Beobachtungen und literarischen Angaben zieht Verf. den Schluss, dass die Mehrzahl der Fälle von Zona ophtalmica, welche sich mit primärer Keratitis interstitialis, mit Lähmung einzelner, oder aller Augenmuskeln, und mit Neuritis optica vergesellschaften, als symptomatische Aeusserung einer centralen Affection aufzufassen sind. Es handle sich da nicht um den gewöhnlichen fibrilen Zoster, sondern um zosterähnliche Eruptionen. Die Prognose ist sehr vorsichtig zu stellen, sowohl bezüglich der Schädigungen des Auges, als auch in Betreff späterer nervöser oder sonstiger Störungen. Kuznitzky (Köln).

Casarini, C. Erpete genitale nevralgico. (Neurotischer Herpes genitalis. Riforma Medica 1900, 19. Jan.)

Verf. beschreibt einen chronischen, recidivirenden Herpes genitalis, welcher in sehr ausgeprägter Weise mit Hyperästhesie der Hautregionen des linken Oberschenkels stets begleitet war, die vom n. genito-cruralis und von dem Femoralast des n. glutaeus inf. versehen werden.

L. Philippson (Palermo).



O'Donodan, Chas, Baltimore. Ein Fall von Herpes nach grossen Arsendosen. Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases. März 1899.

Einem schwächlichen nervösen Mädchen von 16 Jahren wurde Solutio Fowleri, 3mal täglich 10 Tropfen als Tonicum verschrieben. Die Patientin war jedoch unvorsichtig beim Zählen der Tropfen und nahm oft weit grössere Dosen. Nach zwei Wochen schon berichtete sie, dass ihr Gesicht, namentlich die Augenlider, stark angeschwollen seien. Die Arsenbehandlung wurde sofort eingestellt. Nichtsdestoweniger erschien sie nach einigen Tagen mit einer intensiven, furchtbar schmerzhaften Schwellung am linken Arme, woselbst entlang des Verlaufes des Radialis und Medianus ein typisch entwickelter Herpes zoster sich präsentirte. Einige Bläschengruppen befanden sich auch am Thorax, zwischen der Brust und der Achselhöhle, entsprechend den vorderen oberen Thoraxnerven. Ihre einzige Behandlung bestand in dem freien Gebrauche des Paquelin an allen Stellen, wo die Bläschen am grössten und zahlreichsten waren Die so entstandenen Brandwunden wurden mit Vaselin bedeckt. Die heftigen Schmerzen versiegten sehr bald und es erfolgten auch keine weiteren Bläscheneruptionen. Die interessanten Züge dieses Falles sind 1. die heftige Attaque von Herpes zoster nach kurzem fahrlässigen Gebrauche von Arsenik, 2. die genaue Begrenzung der Eruption entlang bestimmter Nervengebiete und 3. die markante Besserung auf Anwendung des Thermocauters hin. Mit Bezug auf die Aetiologie der Eruption betrachtet O'Donodan den nervösen Ursprung dieses Falles als bewiesen. Ob jedoch der Affection eine primäre Nervenerkrankung oder eine Bakterieninfection zugrunde liegt, lässt er unentschieden. Verf. hält es vielmehr für wahrscheinlich, dass gewisse Degenerationsvorgänge in bestimmten Nervenwurzeln oder Nervendigungen unbemerkt statthaben können, welche in Folge irgend eines zufälligen Factors, sei es Arsenik oder Bakterien zu derartigen Attaquen von Herpes zoster Veranlassung geben können. Die auffallende Besserung nach Application des Thermocauters scheint in diesem Falle für eine vorhergegangene Erkrankung der peripheren Nervendigungen zu sprechen. Beck (New-York).

Evans, W. Meningitic Herpes. (British Journal of Dermatology 1900.)

Wiewohl es keine Form der Meningitis gibt, bei der ein Herpes zoster nicht auftreten könnte, so sind es doch nach Evans insbesondere drei Formen, bei denen derselbe vorzukommen pflegt. Diese sind 1. die epidemische Cerebrospinalmeningitis, bei der Herpes zoster überhaupt als häufigste aller Complicationen seitens der Haut anzusehen ist Interessanter Weise scheinen bei verschiedenen Epidemien stets verschiedene Nervengruppen afficirt zu sein, wobei bemerkenswerth ist, dass sich der Zoster im Ausbreitungsbezirke der Hirnnerven häufiger localisirt, als in dem der Spinalnerven. 2. Meningitis tuberculosa, wenn auch nicht so häufig wie bei der erstgenannten Form. Des öfteren findet er sich auch bei der nichttuberculösen Basalmeningitis der Kinder, wobei





er dann in der Regel bilateral auftritt, indem er mit Vorliebe die Aeste des Trigeminus befällt. Nach dem Vorhergesagten glaubt Evans, dass der Zoster in manchen Fällen zur differentiellen Diagnose zwischen tuberculöser und nicht tuberculöserMeningitis herangezogen werden könnte; ferner würde er auch als in der Regel bei nicht tuberculöser Meningitis auftretend für die Prognose von nicht zu unterschätzender Bedeutung sein. 3. Meningitis im Gefolge von Mittelohrentzündungen. Doch kann er hier auch als Symptom der bei Mittelohrentzündung mitunter auftretenden intracraniellen Complicationen gelten. Bei dieser dritten Form der Meningitis sind gleichfalls zumeist die Aeste des Trigeminus ergriffen. Es kann bei dieser Form das Mitergriffensein des Facialis im Aquaeductus Fallopii gleichfalls zur Bildung eines Herpes u. zw. im Ausbreitungsgebiete des letztgenannten Nerven führen, wobei selbstverständlich gleichzeitig Facialislähmung besteht.

In Bezug auf die Eigenthümlichkeiten eines bei Meningitis auftretenden Herpes hebt Evans Folgendes hervor: Das gewöhnlich bilaterale Auftreten, das sich wiederum vorwiegend bei epidemischer Cerebrospinalmeningitis, sowie bei der nichttuberculösen Meningitis der Kinder findet; ferner seine im Vergleich zur gewöhnlichen Zosterform auffallend lange Dauer; endlich die Thatsache, dass meningitischer Herpes Zoster sich entsprechend der Vertheilung der Nervenwurzel und nicht der Nervenäste ausbreitet.

Ausser bei der vorhin erwähnten tuberculösen und nichttuberculösen Basalmeningitis kommt dem Zoster bei keiner Meningitisform irgend eine prognostische Bedeutung zu. Robert Herz (Prag).

Duckworth Dyce. A case of chronic interstitial Nephritis, in which Dermatitis exfoliativa supervened, Uraemia, Death. (The British Journal of Dermatology 1900.)

Duckworth Dyce führt die Krankengeschichte einer 59jährigen Frau an, die — wie auch die Obduction ergab — an chronischer interstitieller Nephritis, sowie an einem Vitium cordis gelitten hatte. Zugleich zeigte die Kranke bei ihrem Spitalseintritte eine Hautaffection, die vorwiegend Rücken und Beine, aber auch den übrigen Körper bedeckte, in geringer Röthung der Haut und kleienförmiger Abschuppung sich äusserte, und von Duckworth Dyce als Dermatitis exfoliativa diagnosticirt wurde. Duckworth Dyce hat mehrere Fälle dieser Art gesehen betreffend ältere Personen, u. zw. sämmtlich weiblichen Geschlechtes. Das Zusammentreffen beider Affectionen, der Nieren- und Hautaffection ist natürlich stets von prognostisch schlimmster Bedeutung. Therapeutisch wurde zwar die Hautaffection durch Application von reinem Olivenöl günstig beeinflusst, die Nierenerkrankung trotzte jedoch jeglicher Therapie und in dem obigen Falle trat der Tod bereits nach 8 Tagen unter urämischen Erscheinungen ein. Robert Herz (Prag).

Scott Lindley. Skin eruptions occurring during the course of Nephritis with report of five cases. (British Journal of Dermatology 1899.)

Der Verf. bespricht zuerst die in der Literatur bekannten Exantheme, die im Verlaufe einer Nephritis vorzukommen pflegen und hebt als solche besonders hervor: das Erythema leve (Willan), ferner die von Merk festgesetzten vier Typen (u. zw. chronisches papulöses Eczem, persistirender Pruritus, Urticariaformen, sowie Erytheme), ferner das Erythema papulatum uraemicum (Huet) und schliesslich ein papulöses, mitunter hämorrhagisches Exanthem, das in 8 Fällen von Lancaster beschrieben wurde. Dieser letzten Form kommen die 5 Fälle am nächsten, deren Krankengeschichten Scott kurzgedrängt wiedergibt, und die vier Männer und eine Frau im Alter von 16—56 Jahren betrafen. Das Exanthem begann in Form eines zumeist confluirenden papulösen Erythems, das zuerst an Armen und Brust, später auch am übrigen Körper auftrat. Nach einer Woche Rückgang unter Abschuppung in Form feiner Schuppenlamellen. Doch handelte es sich um kein reines Erythem, da stellenweise auch Urticariaquaddeln, ferner Pusteln und Blasen zu bemerken waren. Urämische Erscheinungen, die vorwiegend gastrointestinalen, selten nervösen Charakter zeigten, waren wenig ausgesprochen. Vier Fälle starben. Die Section ergab bei 3 Fällen chronischen Morbus Brighti, bei dem vierten Kranken wurde acute Nephritis constatirt.

Robert Herz (Prag).

Dermatitis herpetiformis. (British Journal of Dermat. 1899.)

Dieser Aufsatz ist die Fortsetzung einer Krankengeschichte, die ein an Dermatitis herpetiformis leidender Arzt bereits im Jahre 1897 im British Journal of Dermatology zu veröffentlichen begonnen hatte. Der Patient hatte während der ganzen Zeit sehr grosse subjective Beschwerden, die wie auch die objectiven Symptome jeder Medication trotzten. Erst nach lang fortgesetzter Arsenbehandlung (Liquor arsenicalis) trat eine auffallende Besserung ein. Von Interesse ist, dass Patient, der auch an Malaria litt, während der Anfälle dieser Krankheit gleichfalls eine auffallende Besserung seiner Hautaffection beobachtete.

Robert Herz (Prag).

Tommasoli. Impetigo erpetiforme e Piodermite vegetante. Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle. XXXIII, pag. 135.

Tommasoli erläutert an der Hand eines Falles, dessen Krankengeschichte er bereits dem Archiv für Dermatologie und Syphilis 1897 zur Veröffentlichung übergeben hatte, das Wesen der Impetigo herpetiformis vegetans gegenüber M. D. Hartzell und namentlich gegenüber Hallopeau, welcher in der Festschrift zum Jubiläum des Herrn Prof. Pick einen Fall von Pioderma vegetans beschrieben hatte; er betont, dass die Aufstellung dieses neuen Terminus nicht nothwendig sei; da diese Erkrankungen nur Varietäten der bereits früher von Du Mesnil beschriebenen Impetigo herpetiformis vegetans entsprechen, so dass man gegenwärtig von verschiedenen Krankheiten vegetirende Formen unterscheiden muss und zwar vom Pemphigus, von der Syphilis, von der Dermatitis Duhring, von den polymorphen medicamentösen Exanthemen





und die bereits durch mehrere Beobachtungen bestätigte vegetirende Form der Impetigo herpetiformis. Th. Spietschka (Brünn).

Radaeli, F. Alterazioni delle cellule della corteggia cerebrale in un caso di dermatite erpetiforme di Duhring insogetto affetto da grave Arteriosclerosi. La Settimana medica. L'II, Nr. 10, pag. 108.

Radaeli berichtet über einen Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring, welcher an Pellizzari's Klinik zur Beobachtung kam. Die Krankheit bestand bei der 72jährigen Frau erst seit 4 Monaten; ausser der Hauterkrankung und einer hochgradigen Arteriosklerose waren keine Krankheitserscheinungen wahrzunehmen. Die Patientin starb, nachdem sich heftige Diarrhoen eingestellt hatten, an Kräfteverfall. Die Zellen der Nervensubstanz und der Neuroglia der Gehirnrinde zeigten die zuerst von Golgi beschriebene Atrophia varicosa. An einzelnen Ganglienzellen waren nur einige Ausläufer erkrankt, an anderen viele, ja selbst alle; aus den verschiedenen Erkrankungsbildern der Zellen ergibt sich, dass die Veränderungen von der Peripherie der Zellen nach deren Centrum fortschreiten. Th. Spietschka (Brünn).

Leredde. Histo- und hämatologische Untersuchung eines Falles von Hallopeau'scher Dermatitis. Die Beziehungen dieser Krankheit zur Dermatitis herpetiformis Duhring und zum Pemphigus vegetans. Monatshefte für prakt. Dermatologie, Bd. XXVII.

Die Hautveränderungen bei der Dermatitis herpetiformis stellen sich in der Cutis dar in Form starken Oedems um die Blutgefässe, haufenweise Zellen (Lymphocyten, Bindegewebszellen, Plasmazellen), die auch überall im Gewebe zerstreut sind. Innerhalb dieser Zellhaufen finden sich immer eosinophile Zellen, in der Cutis häufig Pigmentzellen, rothe Blutkörperchen. Die Vesikeln bilden sich zwischen den Zellen der Schleimschicht, die in ihnen enthaltenen weissen Blutkörperchen sind zumeist eosinophil. Die Blasen bilden sich zwischen Cutis und Epidermis; fast regelmässig findet sich Akanthosis mit zahlreichen Mitosen. Die Pustelbildung ist nicht primärer Natur, sondern entsteht durch Autoinoculation von Eitermikroorganismen beim Kratzen. Eosinophilie des Blutes findet sich in 80—90% der Duhring'schen Krankheit. Sie kann in der Zwischenzeit zwischen zwei Anfällen schwinden, möglicherweise unterliegt sie auch Tagesschwankungen.

Ausser Pemphigus und einigen Formen des Erythema polymorphum gibt es keine vesiculöse oder bullöse Erkrankung mit so starker Eosinophilie, wie bei der Dermatitis herpetiformis. Sowohl bei der Duhring-schen Krankheit als auch bei der von Hallopeau beschriebenen sind die Veränderungen des Bluts und der Haut dieselben; bei beiden bilden sich die Vesikeln zwischen den Stachelzellen, die letzteren flachen sich ab und keratinisiren an den Rändern. Bei beiden finden sich in den Vesikeln zahlreiche eosinophile Zellen. Die unterscheidenden Merkmale beider Krankheiten hält Verfasser für nebensächlicher Natur: Er hält die Hallopeau'sche Dermatose für eine Allgemeinerkrankung mit mehr-



fachen, wenn auch wenig zahlreichen Localisationen, und erblickt in ihr, sowie auch in der Dermatitis herpetiformis eine klinische Form der ihr zu Grunde liegenden Bluterkrankung. Der Pemphigus vegetans Neumann's scheint ihm eine dritte klinische Form dieser nämlichen Grundkrankheit zu sein, zumal histologisch die Veränderungen beim Pemphigus vegetans denen bei den zwei anderen Krankheiten sehr ähnlich sind. Die Eosinophilie des Blutes bei den erwähnten Krankheiten ist die Ursache für die der Haut und die letzte Ursache der Krankheit hätte man zu suchen in einer Veränderung, von der die Productionsstätten der eosinophilen Zellen betroffen sind. Ludwig Waelsch (Prag).

Pollock. Ueber einen Fall von „Impetigo herpetiformis beim Manne". (Dermatol. Zeitschr. 1900, Heft 2)

Es handelt sich um einen 40jährigen Mann. Pat. hatte sich einen Einriss des Präputiums mit alter Zinkpaste eingeschmiert. In der Nacht Schüttelfrost; Oedem des Penis und Scrotums. Unter continuirlichem hohem Fieber entstehen zuerst an Penis und Scrotum, sodann in ihrer Umgebung sowie an den unteren Extremitäten Eiterpusteln. Der Allgemeinzustand ist sehr schlecht, besonders starke Athemnoth, Oedeme an den Füssen. Die Eruption dauert 3 Wochen. Vollkommene Heilung ohne Hinterlassung von Narben. 11 Jahre früher ähnliche 3 Wochen dauernde Affection im Anschluss an ein Bläschen am Scrotum, welches sich Pat. aufgestochen hatte. Fritz Porges (Prag).

Hodara, M. Beitrag zur Histologie des Eczema cruris und der varicösen eczematiformen Dermitis. Monatshefte für prakt. Dermatologie, Bd. XXVII.

Die vergleichende histologische Untersuchung ergab Folgendes: Die Epidermis des von Dermitis varicosa stammenden Präparates macht nur klinisch, da sie roth und schuppend aussieht, einen eczematiformen Eindruck; histologisch sind die Veränderungen grundsätzlich von denen des Eczems verschieden. Bei dem letzteren besteht vorwiegend intercelluläres Oedem, status spongiosus Unna's, Bildung mikroskopisch kleiner, intercellulärer Bläschen, Akanthose, Parakeratose, Umwandlung des ödematösen Theils der Stachelschicht in eine parakeratotische Hornschicht oder in eine Kruste, die noch flache Kerne enthält und auf ihrer Oberfläche Morococcennester trägt. Bei der eczematiformen varicösen Dermitis dagegen ist das Oedem im Wesentlichen intracellulär, status spongiosus, die Bläschen und Akanthose fehlen, ebenso auch die Morococcen in der aus der ödematösen Stachelschicht entstandenen, parakeratotischen Hornschicht. In den Präparaten konnte Hodara nur trockene Abschuppung der Epidermis beobachten. Nun kommt aber bei solchen Dermitiden häufig Nässen- und Geschwürsbildung vor, die auch durch einen anderen als eczematösen Process bedingt sein können. An dem Nässen trägt wahrscheinlich das intracelluläre Oedem die Hauptschuld und an der Geschwürsbildung die gänzliche Abstossung der Stachelschicht, die nur wenige Reihen Stachelzellen zurücklässt oder auch Theile des Papillarkörpers ganz blosslegt. Auch die Veränderungen der Cutis bei

Dermitis varicosa unterscheiden sich von denen des Eczems; hauptsächlich sind es die Veränderungen der Venen mit ihren Folgezuständen, dem lymphatischen Oedem, sowie die anfangs progressiven, später regressiven und atrophirenden entzündlichen Gewebsveränderungen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Bonne, G. Ueber das Eczema seborrhoicum Unna als Familienkrankheit. Ein klinisch-statistischer Beitrag aus der hausärztlichen Praxis zur Lehre vom Eczem. Monatshefte für praktische Dermatol., Bd. XXIX.

Bonne machte die Erfahrung, dass das Vorkommen des Eczems in einer sehr grossen Anzahl von Familien Hand in Hand geht mit dem Vorkommen zahlreicher Erkrankungen der verschiedensten Schleimhautgebiete nicht nur mit dem bekannten Eczem der Augenlidränder und der Conjunctivae, sondern auch mit denen des Athmungs- und Verdauungstractus. Bonne hebt ferner hervor, dass seine Statistik die Anschauungen Unna's über das seborrhoische Eczem nicht nur bestätigt, sondern geradezu in ihrer Bedeutung erweitert und so das Eczem eine Bedeutung gewinnen lässt, welche geradezu berechtigt, dasselbe als die Basis einer der häufigsten Familienconstitutionen zu betrachten, welche Bonne die eczematöse nennen möchte. Er fand, dass in 60 Familien die Mutter 85mal, der Vater 25mal Träger des Eczems gewesen; in 18 Fällen waren die Zähne des Betreffenden so schlecht, dass Gebisse getragen werden mussten; in fast sämmtlichen Fällen bestanden schlechte Zähne. Mit wenigen Ausnahmen war an den sämmtlichen Kindern dieser Familien, u. zw. an 169 irgend eine Form des Eczems nachweisbar. Von diesen 169 Kindern litten 106 an irgend einem Nasenleiden, zumeist Nasenrachengranulationen, von denen wieder die meisten operirt waren; 51 Kinder zeigten eine Neigung zu mehr minder häufig wiederkehrenden Mandelentzündungen, 50 zu häufigen Lungenkatarrhen, einige zu direct asthmatischen Formen, 44 hatten einen schwachen Magen. Verfasser stellt eine ausführliche Arbeit über diesen Gegenstand in Aussicht.

Ludwig Waelsch (Prag).

Unna. Meine bisherigen Befunde über den Morococcus. Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. XXIX.

Eine Zusammenstellung der von Unna veröffentlichten und in der Literatur verstreuten Befunde betreffend den Morococcus und seine Rolle bei der Aetiologie des Eczems. Ludwig Waelsch (Prag).

Hallopeau, H. et **Michaux.** Sur une nouvelle varieté de dermatose séborrhéique. Annales 1898. Soc. de dermat. et de Syphiligr. 18. Avril.

Bei der 90jährigen Patientin, die nur mit einer leichten Seborrhoe der Kopfhaut behaftet war, entwickelte sich innerhalb 10 Tagen folgendes Krankheitsbild.

Mächtige lammelöse Schuppenauflagerungen auf der Kopfhaut bis an die Schläfen und Ohren reichend, von psoriasiformem Aussehen, ebenso an der Stirne, der Nase und den angrenzenden Wangenpartien und am



Kinn, während die lateralen Theile des Gesichtes durch ihre contrastirende Röthung dem Gesicht ein eigenthümliches Gepräge geben. Am ganzen Körper lichenoide, tiefrothe, flache Efflorescenzen, die sich aber durch einen centralen Eiterpunkt vom echten Lichen unterscheiden. In den Inguinen und in der Oberarmgegend fliessen sie zu grossen Plaques zusammen. Die Ausbreitung auf der Handfläche und Mitbetheiligung der Schweissdrüsen und das Fehlen des Haares im Centrum der Papeln lassen eine Folliculitis ausschliessen. Es handelt sich um eine noch nicht beschriebene Form von Seborrhoe.

Dubreuilh, M. hält die Affection für eine acute Psoriasis.

Hallopeau, M. meint, dass die beim Eintritt der Patientin pustulösen, jetzt aber eingetrockneten Efflorescenzen wohl Psoriasis vortäuschen können; die Psoriasis zeigt aber in keinem Momente ihrer Entwicklung Pustelbildung.

Besnier, M. schreibt der so rasch vorübergehenden Pustelbildung keine diagnostische Bedeutung zu. R. Fischel (Bad Hall).

Forestier. Placards tuberculo-crouteux développées aux membres chez un malade atteint d'artopathies multiples (polyarthrite déformante). Annales 1898. Soc. de dermatol. et de syphiligr. 10 Mars.

Artificielles papulo-crustöses Eczem, welches sich bei einem an Polyarthritis deformans leidenden Manne wahrscheinlich auf dem Boden der arthritischen Diathese entwickelt hat. R. Fischel (Bad Hall).

Cothelineau, H. Note sur 18 cas d'accidents provoqués par une teinture pour cheveux à Case de chorhydrote de paraphénylène-diamine. Annales 1898. Soc. de dermat. et syphiligr. 13 Janvrier.

Zu 2 vor 3 Jahren veröffentlichten Fällen gesellt die Mittheilung weitere 18 Fälle, bei denen sich nach Gebrauch des als Haarfärbemittels verwendeten Paraphenylendiamin bei dazu disponirten Individuen pathologische Erscheinungen einstellten, die von einfachen subjectiven Beschwerden, Stechen und Jucken bis zu den Symptomen des acuten Eczems in stärkerem oder schwächerem Masse alle Grade aufweisen. Die Localisation beschränkt sich meist auf das Gesicht, insbesondere die Haargrenzen, doch kommt es auch zu Ergriffensein des Nackens und der Schultern. Die Prognose ist günstig, nach längstens 2 Wochen unter der üblichen Eczembehandlung vollständige Abheilung.

Barthélemy, M. glaubt, dass man aus der Localisation auf gewisse Stellen des Gesichtes die Diagnose auf artificielles Eczem stellen könne. R. Fischel (Bad Hall).

Radaeli, F. Sull' uso dell' acido picrico nella cura dell' eczema. La Settimana medica. LIII, Nr. 7, pag. 73.

Radaeli veröffentlicht aus Pellizzari's Klinik 25 Fälle von acutem oder exacerbirtem chronischen Eczem und einen Fall von Sycosis trichophytica, welche mit Pikrinsäure behandelt wurden. Zunächst wurden die der Haut auflagernden Krankheitsproducte auf gewöhnliche Art mittels



erweichender Salben entfernt; dann wurde die erkrankte Haut gründlich mit Borsäurelösung gewaschen, dann mit einem in eine kalt gesättigte Pikrinsäurelösung getauchten Bauschen betupft und schliesslich mit Gaze bedeckt, welche in dieselbe Lösung eingetaucht und dann gut ausgedrückt worden war; darüber kam ein trockener Deckverband; der Verbandwechsel erfolgte nach Massgabe der Secretion höchstens einmal in 24 Stunden. Im Anfange entsteht heftiges Brennen, das jedoch bald nachlässt. Von den 25 Eczemfällen ergaben 15 einen ausgezeichneten Erfolg, indem nach wenigen Tagen das acute Stadium der Krankheit überwunden war; von den übrigen 10 Fällen zeigten 3 in den ersten Tagen eine auffallende Besserung, dann aber musste die Behandlung geändert werden; bei 7 Fällen hat die Pikrinsäure gar keine Besserung bewirkt. Der Fall von Sycosis wurde günstig beeinflusst. In keinem Falle hat die Methode eine Verschlechterung herbeigeführt oder sonstwie geschadet. Th. Spietschka (Brünn).

Weber, F. P. Notes on a case of Purpura with remarks on the nature and visceral complications of cases of Purpura. (British Journal of Dermatology 1900.)

Der Verfasser berichtet vorerst über einen Fall von Purpura betreffend einen 17jährigen jungen Mann, der anfangs October 1899 unter Schüttelfrost, Fieber und Schmerzen in den Gliedern erkrankt war. Die objective Untersuchung bei Spitalseintritt ergab purpurrothe Herde im Gesichte, auf der Brust, sowie an den Extremitäten. Von Interesse war insbesondere das symmetrische Auftreten von grossen schwärzlichen Flecken, um die Augen, kleine Hautecchymosen darstellend. Desgleichen fanden sich subconjunctivale Ecchymosen an dem rechten Auge, während der Augenhintergrund beiderseits normal erschien. Auch die Mundschleimhaut und das Zahnfleisch zeigten keine krankhaften Veränderungen. Die Untersuchung des Herzens und des Pulses ergibt nichts Abnormes, die der Lungen lässt bronchitische Geräusche über beiden Flügeln nachweisen. Das Sputum ist blutig tingirt. Die Untersuchung des Abdomens ergibt normale Verhältnisse, keine Milzschwellung. Die diarrhoischen Entleerungen des Kranken zeigten keine Blutbeimengung, ebenso der Harn, der anfangs eiweissfrei, später jedoch eiweisshaltig wurde, als die Hautaffection an Intensität zunahm. Während nämlich einige von den älteren Purpuraflecken ulcerös wurden, traten neuerlich zahlreiche frische Ecchymosen auf. Die Stühle wurden häufiger, die Schwäche des Patienten nahm zu und einige Wochen nach Aufnahme des Kranken trat der Tod desselben ein.

In den Bemerkungen, die Weber an diesen Fall anknüpft, hebt er besonders hervor, dass die Bezeichnung „Purpura haemorrhagica" sowie „rheumatica" für viele Fälle unzutreffend sei. Einerseits sei das Epitheton „hämorrhagisch" überflüssig, andererseits oft, wie auch in dem vorliegenden Falle, kein Zusammenhang mit Rheumatismus nachweisbar; dagegen trete die Peliosis häufiger als Complication von Lungentuberculose, Nierenaffectionen, sowie von septischen Entzündungen, seltener von Herz-



erkrankungen auf. Auch andere Krankheiten könnten mit Purpura complicirt erscheinen, wie z. B. starke Magendilatationen ohne Stenose des Pylorus, ferner Krankheiten, die mit Cachexie einhergehen, wobei das Auftreten der Purpura als Folge der toxischen Beschaffenheit des Blutes anzusehen sei. Robert Herz (Prag).

Couper, D. A case of Dermatitis gangraenosa. (British Journal of Dermatology 1900.)

Bei einem 62jährigen Kranken trat unter Schüttelfrost, Fieber und grosser localer Schmerzhaftigkeit eine deutlich demarkirte Röthung am Dorsum pedis auf, innerhalb welcher zahlreiche mit klarem oder blutig-tingirtem Serum gefüllte Blasen localisirt waren. Bei der Untersuchung war Patient sonst bei vollem Wohlbefinden. In den folgenden Tagen trat an der bezeichneten Partie Gangrän ein, wobei gleichzeitig die Röthung weiter geschritten war. Das Allgemeinbefinden zeigte auch jetzt nur insoweit eine Störung, als Patient des Abends leichte Temperatursteigerungen hatte. Der Process heilte unter Anwendung von Umschlägen mit einer 10%igen Ichthyollösung in Glycerin und Wasser nach vorausgegangenen localen Bädern mit Carbolsäure- und Sublimatlösungen. Verfasser glaubt, dass es sich anfangs um ein leichtes Erysipel gehandelt habe, und führt die Gangrän auf Umschläge mit kaltem Wasser zurück, die Patient, ohne einen Arzt zu Rathe zu ziehen, angewendet hatte.

Robert Herz (Prag).

Bosellini, P. Ueber den psoriatischen Process. Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. XXIX.

Nach Bosellini handelt es sich bei der Psoriasis vor Allem um Erscheinungen, die sich auf die Gefässe beziehen, welche mehr vasomotorischer als eigentlich entzündlicher Natur sind, indem nicht nur das Oedem vorherrscht und die Diapedese selten ist, sondern beide Erscheinungen sprungweise im Verlaufe gewisser Gefässbezirke oder -Kegel, oder, wenn an derselben Stelle oder in derselben Plaque, in Zwischenräumen stattfinden. In der Cutis lässt sich dies am sprungweisen Auftreten der Diapedese in den Papillen und der gleichzeitigen intermittirenden Ansammlung von Leukocyten in der Dicke der Epidermis erkennen; in der letzteren, am Abwechseln und der Uebereinanderlagerung normaler und veränderter Epidermiszonen. Dies war der Grund der Meinungsverschiedenheiten unter den Autoren bei der anatomischen Beschreibung des Processes.

Dieses Oedem führt zu einer serösen Imbibition der Zellen der Schleimschicht, was wieder ein fortschreitendes Verschwinden der Protoplasmafasern zur Folge hat. Zu jenen Vacuolenbildungen in der Epidermis, wie bei acuten Exsudationen kommt es hingegen nicht. Der Verlust dieser Protoplasmafasern und das Fehlen des Keratohyalins, sowie die Bildung unvollkommener oder hornartiger Zellen (Parakeratose) bilden einen gleichzeitigen Befund oder aber die Fasern verschwinden vor dem Keratohyalin.



In Anbetracht des anfallsweisen Auftretens dieser vasomotorischen Erscheinungen zeigen sie die Merkmale von nervösen Störungen; sie sind aber mehr centraler denn peripherer Natur. Es kann nämlich kaum angenommen werden, dass es durch Vermittelung der Gefässe mittelst Giften oder Toxinen zu localen Reizzuständen kommt, weil in den Gefässwandungen jede Spur von entzündlicher Veränderung, von Karyokinesen oder Proliferationsprocessen fehlt.

Die künstliche oder spontane Reparation tritt als ein activer entzündlicher Process in die Erscheinung, welcher einen Schwund des Oedems und dementsprechend eine Neubildung von Epithel im Rete malpighi, das Auftreten von Keratohyalin und eine normale Verhornung zur Folge hat.

Bei der spontanen Wiederherstellung werden vielleicht diese vasomotorischen Erscheinungen unbekannter Natur unterbrochen; das Auftreten von Entzündungserscheinungen könnte sodann in Beziehung gebracht werden mit dem Umstande, dass die Involutionsproducte der Gewebe mit positiven und negativen chemotaktischen Eigenschaften ausgestattet sind.

Dies alles scheint die nervöse Theorie der Psoriasis zu unterstützen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Epstein, A. Ueber faule Ecken, d. i. geschwürige Mundwinkel bei Kindern. (J. f. Khk. 51, d. III. Folge I. Bd., 3. Heft 1900.)

Die „faulen Ecken" sind, wie A. Epstein ausführt, dem Volke längst bekannt („böse Mundwinkel", „angefressener Mund", „Gake"), von den medicinischen Lehrbüchern deutscher Sprache gar nicht, wohl aber von einigen Franzosen beschrieben worden („Perlèche"). Die Erkrankung ist symmetrisch und fast ausschliesslich auf die Mundwinkel begrenzt; sie charakterisirt sich anfangs durch dunkle Verfärbung und Rauhwerden der Haut unter Abschilferung und Verdickung der Epidermis, Knötchenbildung und endlich Erosion bis Ulceration der Lippencomissuren (Fissuren). Der Verlauf erstreckt sich auf 2—3 Wochen, ist aber oft chronisch. Wirkliche Narben bleiben nicht zurück, wesentliche Beschwerden scheinen nicht zu bestehen, wenigstens nicht bei den nässenden Formen. Proletarierkinder werden öfter befallen als Kinder wohlhabender Leute. Nebenbefunde sind chronische Rhinitis, ferner impetiginöse Hautausschläge. Eine anatomische Prädisposition der Comissuren kann die Entstehung der Affection erleichtern (Speisereste in den Nischen und Falten). Die Contagiosität scheint durch epidemisches Auftreten erwiesen zu sein. Die Diagnose ist durch die Form und Localisation gegeben. Complicationen waren bisher nicht bekannt. Epstein jedoch sah in 5 Fällen Diphtheritis der Mundwinkelerosionen, er nimmt sogar an, dass in einem Falle erst die Mundwinkel und dann der Rachen inficirt wurden. Die Affection pflegt in wenigen Tagen spontan abzuheilen. War sie intensiver oder persistirend, so gebrauchte man Scheibchen von 5% Salicylpflastermull oder austrocknende Pulver (Dermatol, Xeroform). Auch Orthoform wäre zu empfehlen.

Hochsinger (Wien).



Parasiten.

Given, J. C. M. Clinical and microscopical varieties of ring-worm. (British Journal of Dermatology 1899.)

Bei einer grossen Zahl von Fällen von Trichophyton der Haut, des Bartes, jedoch vorwiegend des Kopfes, nahm Given Färbungen auf Microsporon Audouini vor, wobei er als Farblösungen Grammlösung (Färbung durch circa 1/4 Stunde) oder Carbolfuchsin-Anilinwasser benützte. Er kam hiebei zu dem Ergebniss, dass die Grössenverhältnisse des Megalosporon endothrix und ectothrix sowie der Sporen des Microsporon Audonini recht variable sein können. In der Gestalt unterscheiden sie sich in charakteristischer Weise von einander und zwar insofern, als die Microsporonsporen mehr rundlich, die Endothrixsporen viereckig mit abgestumpften Ecken, die Ectothrixsporen endlich oblong mit deutlicheren Ecken erscheinen. Das Mycel des Microsporon zeigt eine unregelmässige und seltenere Theilung der Hyphen, das Mycel des Megalosporon dagegen eine regelmässige und vielfache Theilung derselben. Das Mycel des Microsporon konnte Given in den Haaren seltener constatiren, als das des Megalosporon. Die Erkrankung der Haut scheint dem Ergriffenwerden der Haare voranzugehen und ist die Brüchigkeit der letzteren bei den einzelnen Pilzformen völlig verschieden.

In der Mehrzahl der Fälle fand Given Microsporon Audouini, selten Megalosporen. Doch konnte er letzteres und zwar Megalosporon ectothrix bei sämmtlichen Fällen von Sycosis parasitaria barbae nachweisen. Er bestreitet auf Grund seiner Untersuchungen Sabouraud's Ansicht, dass die mit glatten Stellen einhergehenden Fälle auf Invasion des Megalosporon endothrix, die mit Eiterung verbundenen auf Megalosporon ectothrix zurückzuführen seien. In letzterem Falle, d. h. wo Eiterung vorhanden war, fand er stets Microsporon Audouini.

Trat die Affection bei mehreren Mitgliedern einer Familie auf, so konnte bei sämmtlichen dieselbe Pilzform nachgewiesen werden. Bemerkenswerth ist auch, dass sämmtliche Fälle von Trichophyton bei Individuen unter 15 Jahren auftraten. Als klinisches Charakteristikon stellt Given den scheidenförmig die Haare umgebenden Kranz von Schuppen hin, der die Anwesenheit einer Pilzform beweisen könnte.

Schliesslich erwähnt der Autor, dass Knaben etwas häufiger befallen wurden, als Mädchen. Robert Herz (Prag).

White, C. J. Tinea circinata, wie selbe in Boston sich kundgibt. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. Jan. 1899.)

Die Theorie Whites, wonach der vegetabilische Parasit, als Ursache des Herpes tonsurans circinatus, in verschiedenen Ländern mannigfaltige Unterschiede darbieten kann, ist das Resultat eigener Studien über diese Erkrankung, wie sie unter den Armen Bostons sich manifestirte. — Die klinische, mikroskopische, culturelle und morphologische Beurtheilung



der 279 eigenen Beobachtungen zwingt den Verf. zwei Abtheilungen aufzustellen: nämlich die der Microspora und die der Megalospora. — Ungefähr 52% der Fälle (139) waren durch das Microsporon Audouini; 127 dagegen durch das Megalosporon verursacht; 13 Fälle blieben daher unentschieden. Der Fungus wurde auf der Kopfhaut in 120 Fällen, auf der Kopfhaut und am Hals in 3 Fällen, im Barte einmal, am Gesichte in 5 Fällen, am Halse 4mal, am Stamme 3mal, an den Beinen 2mal, an den Armen in einem Falle, nachgewiesen. — Der Pilz wurde bei 80 männlichen und 59 weiblichen Personen isolirt. Aus den obigen Figuren ergibt sich, dass der häufigste Fundort des Parasiten, etwa 88% der Fälle die Kopfhaut war. — Ferner konnte noch die Thatsache, dass bei Personen über 13 Jahre beinahe alle Kopfhautfälle durch das Megalosporon hervorgerufen wurden, festgestellt werden. — Hierauf erfolgt eine ausführliche Schilderung des durch das Microsporon und Megalosporon bedingten Krankheitsbildes und der entsprechenden Reinculturen. Hervorzuheben wünscht Verf. die Häufigkeit und Benignität des Microsporon Audouini in Boston, auch dessen häufige Localisation auf der Kopfhaut und Auftreten bei Kindern im Alter zwischen 4 bis 13 Jahren. Das Megalosporon ist nach Ansicht des Verf. bald ectothrix, bald ecto-endothrix und in der Regel mit mehr oder weniger entzündlichen Erscheinungen einhergehend. Beck (New-York).

Bildungsanomalien.

Morrow Howard: Symmetrical areas of solid oedema in Grave's disease. (British Journal of Dermatology 1899.)

Die seit wenigen Monaten an Myxödem leidende, 45jährige Patientin zeigte an der Stirn und den Unterschenkeln symmetrische, scharfumschriebene, nicht schmerzhafte Herde von derbem Oedem, welches Haut- und Unterhautzellgewebe umfasste. Die übrige Haut erschien normal. Das Oedem bestand mehrere Monate und wurde erfolgreich mit Massage behandelt. Bemerkenswerth erscheint dem Verfasser hauptsächlichst das symmetrische Auftreten dieses Oedems, da diese Symmetrie bei den Morrow bekannten Fällen von derbem Oedem bei Graves-scher Krankheit bisher nicht erwähnt erscheint.

Robert Herz (Prag).

Wende-Buffalo, G. W.: Acutes umschriebenes Oedem in Begleitung von Haemoglobinurie. — Journal for cutaneous and genito-urinary diseaees. April 1899.

Der 64jährige kräftige und vorher stets gesunde Irländer, empfand urplötzlich, während des Gottesdienstes in der Kirche, eine Spannung des rechten Handrückens, welche sich sofort auf den Zeigefinger erstreckte. Als Erklärung für die steife, erstarrende Empfindung entdeckte der Patient eine wallnussgrosse Schwellung unter der Haut, worauf er sofort zu

Wende eilte. Verf. sah den Patienten kaum 15 Minuten nach dem Vorfalle und konnte bloss die Anwesenheit der etwas unregelmässig begrenzten, elastischen, nicht eindruckbaren, in der Mitte beinahe 2 Zoll hohen, normal gefärbten Geschwulst constatiren, welche bloss ein Gefühl von Taubsein und Steifigkeit erweckte. Am folgenden Tage erfolgte eine Verkleinerung der Schwellung; doch verschwand dieselbe erst nach 10 Tagen. — Inzwischen entstanden am 3. Tage ähnliche Schwellungen am Arme, Gesichte und dem zuerst befallenen Handrücken. — Der Urin hatte eine merkwürdig dunkelrothe Farbe, spärliches Sediment, welches weder Blut- noch Eiterkörperchen enthielt, dafür war aber Eiweiss in reichlicher Menge. Das Spektroskop zeigte die Absorptionsstreifen des Oxyhämoglobins. Die Blutuntersuchung ergab eine ausgesprochene Oligocythaemie. Die Aetiologie des Falles ist wohl dunkel, doch betrachtet Verf. die plötzlichen Temperaturwechsel, welchen der im Dampfbade beschäftigte Patient sich zuweilen aussetzte, für die angioneurotischen Producte einigermassen verantwortlich. Beck (New-York).

Stöltzner, W.: Fötales Myxödem und Chondrodystrophia foetalis hyperplastica. (Jahrb. für Kinderheilkunde, Bd. L, Heft 1 und 2.)

Stöltzner hat am Laboratorium der Berliner pädiatrischen Universitätsklinik die anatomische Untersuchung zweier Fälle vorgenommen, die mit einer früher als „fötale Rhachitis" bezeichneten Affection behaftet waren. Im ersten — von der Olshausen'schen Frauenklinik stammenden Falle — handelte es sich um ein Kind, das 1 Stunde nach der 14 Tage zu früh erfolgten Geburt gestorben war. Kopf und Rumpf des Fötus wiesen sehr ansehnliche Dimensionen auf, während Arme und Beine ausserordentlich kurz geblieben waren. Die genauere Betrachtung des Fötus ergab: ausserordentlich starke Einziehung der Nasenwurzel (gemeiner und stupider, sehr hässlicher Gesichtsausdruck), breite, plumpe Nase mit nach oben gerichteter Nasenspitze und nach vorne sehenden grossen Nasenlöchern, grosse, massige Zunge, wulstige Lippen und Augenlider, sehr dicke Wangen und reichliche Behaarung des Schädels. Der Kopf war grösser, als er selbst bei ausgetragenen Früchten zu sein pflegt, der Hals kurz und dick, auch der Thorax auffallend kurz, der Bauch stark aufgetrieben, die grossen Labien unförmlich wulstig.

Die Extremitäten waren relativ sehr dick und zeigten mächtige querverlaufende Hautwülste. Bei der Section fand Stöltzner eine übermässige Ausbildung des Unterhautzellgewebes, sowie eine gegenüber der Norm mindestens 6fache Vergrösserung der Schilddrüse. In Bezug auf das Knochensystem ergab sich makroskopisch eine abnorme Kürze der langen Röhrenknochen, sowie eine Verkürzung des Schädelgrundes und als Folge derselben eine sehr starke Einziehung der Nasenwurzel. Die Verkürzung des Schädelgrundes erklärt der Verfasser durch vorzeitige Synostosenbildung im Os tribasilare, die Behinderung im Längenwachsthum der langen Röhrenknochen durch das Fehlen, resp. die mangelhafte Ausbildung der Knorpelzellsäulen. Diese Schlussfolge-



rungen zieht Stöltzner aus der mikroskopischen Untersuchung der zahlreichen von ihm angefertigten Präparate verschiedener Skelettabschnitte. Die Veränderungen am Skelette trugen den Charakter einer allgemeinen, den ganzen Körper betreffenden Entwicklungshemmung.

Der zweite Fall — von Johanessen in Christiania — betrifft ein Kind, das fast zwei Monate gelebt hatte und während des Lebens Tetaniesymptome zeigte. (3 ähnliche Fälle sind bereits vom Referenten beschrieben worden.) Hier war jedoch das Unterhautfettgewebe nicht nur nicht verdickt, sondern geradezu ein Schwund desselben zu constatiren, der Gesichtsausdruck nicht cretinistisch, die Zunge nicht vergrössert, die Bildung der Nase sogar „sehr schön". Die Schilddrüse zwar anatomisch normal, jedoch jodfrei (trotz Thyreoidindarreichung). Die Entwicklungsstörung war ausschliesslich auf den Knorpel beschränkt (mangelhafte Ausbildung der Knorpelzellsäulen).

Der Verfasser erklärt die „fötale Rhachitis" für im Wesen identisch mit dem Cretinismus und ebenso wie diesen für eine Folge der Functionsuntüchtigkeit der Schilddrüse. Die Ursachen der Erkrankung sind noch ganz unbekannt. Entsprechend der Bezeichnung: infantiles Myxödem schlägt er für seinen ersten Fall den Namen fötales Myxödem vor. In Bezug auf den Fall von Johanessen stimmt er der von diesem Autor gebrauchten Bezeichnung: Chondrodystrophia foetalis hyperplastica zu.

Hochsinger (Wien).

Michaelsen, O. Ueber Epidermolysis bullosa hereditaria. Dtsch. Med. Woch. 16. 1900.

Michaelsen konnte eine Familie beobachten, in welcher 12 Personen an Epidermolysis litten und zwar 4 männliche und 8 weibliche. Es wird hier wieder die frühere Beobachtung bestätigt, dass kein gesundes Mitglied die Krankheit auf seine Nachkommen übertragen kann, wie es bei anderen erblichen Krankheiten ja vielfach vorkommt. Es erkrankten Personen verschiedenen Alters, von frühester Kindheit bis zum Greisenalter. Der Beginn der Erkrankung fiel bei den meisten in das zweite Lebensjahr, zuerst erkrankten nur die Füsse. Ein Nachlassen während der Pubertätsjahre konnte er nicht in Erfahrung bringen. Die grösste Intensität erreichte die Krankheit in der Zeit vom 18—30. Lebensjahre etwa. Von grossem Einflusse auf den Verlauf der Krankheit waren natürlich auch die socialen Verhältnisse. Wer sich schonen konnte, hatte viel weniger unter diesem unangenehmen Erbtheil zu leiden. Bei den Erkrankten fand sich starke Hyperhidrosis der Hände und Füsse. Verf. ist der Ansicht, dass es sich um eine angeborene, primäre Leichtlöslichkeit mit secundärer Exsudation handelt. Urticaria ähnliche Eruptionen neben oder vor der Blasenbildung sah er nie. Max Joseph (Berlin).

Colombini. Beitrag zum Studium der Epidermolysis bullosa hereditaria. Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. XXX.

Der 26jährige Patient C. litt seit frühester Jugend an einer alljährlich sich wiederholenden Hauterkrankung, mit der auch der Vater, Bruder und andere Verwandte behaftet waren. Es entwickelte sich, be-



sonders an Stellen, wo die Haut selbst ganz kurzdauernden Druck- und Stosswirkungen ausgesetzt war, Blasen von verschiedener Grösse.

Die Affection begann meist im März, verschlimmerte sich im Sommer, verschwand im Winter. Im Anschluss an das Trauma entsteht zuerst eine Röthung mit Brennen und Jucken. Nach ca. 2 Stunden zeigt sich daselbst eine von schmalem, rosarothem Hof umgebene Blase, der allmälig verschwindet. Die Blase vergrössert sich langsam unter gleichzeitiger Zunahme der Schmerzen, ihr seröser Inhalt wird hämorrhagisch. Bleibt die Blasendecke unversehrt, so wird sie allmälig resorbirt; platzt sie, so stösst sich die Blasendecke ab, unter zu Tage treten einer lebhaft rothen Fläche, die sich allmälig epithelisirt. Die allg. Hautdecken sind dünn, mässig pigmentirt, die Nägel sind normal. Verfasser fügt einen Stammbaum der Familie bei, woraus sich ergibt, dass bei einer Gesammtzahl von 47 Familienmitgliedern in drei Generationen 24 (18 Männer, 6 Weiber) erkrankt waren. Im Greisenalter verschwand die Krankheit vollständig. Die bakteriolog. Untersuchung des Blaseninhaltes ergab ein negatives Resultat, die histolog. Untersuchung zeigte, dass der Sitz der Blasenbildung zwischen Hornschicht und Rete gelegen ist. Die chemische Untersuchung des Blaseninhaltes ergab Befunde, welche in mancher Beziehung mit den bei Pemphigusblaseninhalt gewonnenen Resultaten übereinstimmt. Die Untersuchung auf eosinophile Zellen ergab im Blute 8–10% derselben, im Blaseninhalt 10—15%. Bezüglich der Ursache der Erkrankung möchte Verfasser auf Grund des Vorhandenseins von Ptomainen oder Leukomainen oder Toxinen im Blaseninhalte sich dahin aussprechen, dass die Epidermolysis vielleicht durch dieselben hervorgerufen wird, wenn sie in grösserer Menge vorhanden sind, oder wenn ihre Elimination durch den Darm oder die Nieren verhindert wird, oder event. beide Factoren zusammenwirken. Die mangelhafte Elimination der toxischen Substanzen könnte erblich übertragen werden, es könnte also die Ursache in einer Art von Autointoxication gelegen sein.

Ludwig Waelsch (Prag).

Elliot, George T. A Contribution to the Histopathology of Epidermolysis Bullosa (Hereditaria). New-York. Med. Journal LXXI. 585. 625. April 21. 28. 1900 (auch in Transactions of the Am. Dermatolog. Association, 23. meeting 1899, p. 152).

Elliot beobachtete einige Jahre lang einen von Geburt an an Epidermolysis bullosa leidenden 23 Jahre alten Mann. Die ausführliche Krankengeschichte entwickelt ein typisches Bild dieser Krankheit, obwohl einzelne in anderen Fällen beobachtete Symptome abwesend waren, wie dem Ausbruch der Blasen vorhergehendes Jucken, trophische Störungen besonders der Nägel etc. Der Zustand des Patienten wies beträchtliche Schwankungen auf, besonders Nachlass in der kühleren Jahreszeit, wurde aber durch keinerlei Behandlung im Geringsten beeinflusst. Die Differentialdiagnose von Erythema multiforme bullosum, Pemphigus, Dermatitis herpetiformis, Urticaria bullosa und factitia wird kurz besprochen und sodann ausführlich berichtet über die durch mehrere Abbildungen und



Mikrophotogramme erläuterte Histopathologie ausgeschnittener Partien theils noch normaler, theils schon veränderter Haut. Die normale Haut zeigte Stratum corneum und granulosum normal, in den tieferen Lagen des Str. spinosum begannen degenerative Zellveränderungen aufzutreten, während das Str. basale und zwar meist in ganzer Ausdehnung den eigentlichen Sitz pathologischer Veränderungen darstellte. Hier fanden sich am deutlichsten in den interpapillären Fortsätzen alle Stadien der Zelldegeneration von den leisesten Störungen an bis zur vollständigen Zerstörung der Zelle. Die befallene Partie zeigte sich als eine von dem gesunden Gewebe ziemlich scharf abgegrenzte Zone. An den Veränderungen der Zellen betheiligten sich Kern und Protoplasma ziemlich gleichmässig, wie ihr Verhalten gegen verschiedene Färbestoffe (Hämatoxylin, Wasserblau, Safranin, am besten aber Unna's Granoplasmafärbungen) zeigte. Welcher Art die Degeneration sei, konnte nicht mit Bestimmtheit festgestellt werden, am meisten glichen die Veränderungen denen einer Coagulationsnecrose; ebenso konnte Elliot keine Erklärung für das Zustandekommen der Krankheit finden. Ausser der normalen Haut wurden künstlich erzeugte Blasen untersucht; stellenweise war die basale Schicht des Rete völlig zerstört und die Flüssigkeit der Blase umspülte das Corium und die Papillen direct. In frischen Blasen fand sich kein Fibrin, wohl aber in älteren neben mehr weniger zahleichen Leukocyten; im Corium nur geringe Veränderungen an den Gefässen.

Auf Grund seiner Befunde zieht Elliot seine frühere (Journal of Cutan. & Gen. Ur. Dis. XIII. 10. 1895) Ansicht zurück, dass es sich bei der Krankheit um eine Dermatitis handle bei einem mit angeborener oder erworbener übertriebener Reizbarkeit des Gefässsystems der Haut behafteten Individuum. Diesen Vorgang hält er auch jetzt noch für den wesentlichen Vorgang, die entzündlichen Erscheinungen aber nur für secundär.

In der Discussion bestätigten Fordyce, Gilchrist und Bowen die Befunde Elliot's. Pollitzer bezweifelte die vollständige Zerstörung der basalen Schicht des Rete, ebenso dass bei einer so empfindlichen Haut nach Einspritzung von Cocain und Excision dieselbe wirklich noch in normalem Zustande sein könne. H. G. Klotz (New-York).

Schütz. Erythromelalgie und Hautatrophie. (Dermatol. Zeitschr. Bd. VI. 1899.)

Die Erkrankung entwickelte sich bei einer 49jährigen Frau, welche im Anschluss an einen Gelenkrheumatismus an arthritischen Beschwerden litt. Die Affection ist am linken Unterarm und Hand localisirt, bietet das Bild der Erythromelalgie verbunden mit ausserordentlich starker Atrophie der Haut. Fritz Porges (Prag).

Colombini. P. Klinische und histologische Untersuchungen über einen Fall von Atrophia idiopathica. Monatshefte für prakt. Dermatologie, Bd. XXVIII.

An der Haut der 55jährigen Patientin hängt allenthalben, besonders über den Schulterblättern, Armen, seitlichen Rumpfpartien, Ober- und



Unterschenkeln die Haut in grossen, welken Falten herunter; die Epidermis glänzt, schuppt, fühlt sich rauh oder gefältelt an. Die Haut ist dunkelroth, fast bläulich, die Follikelmündungen unkenntlich. Die Haare daselbst sind dünner und kürzer, verlieren ihre Farbe, die Haut fühlt sich kalt und trocken an. Das Unterhautzellgewebe ist beinahe vollständig geschwunden. Durch die so verdünnte Haut scheinen die Gefässe durch. An vielen Stellen schimmern auch die Extensorensehnen durch. Die Fingernägel sind verdünnt, das Tast-, Wärme- und Schmerzgefühl sind normal. Die tastbaren Lymphdrüsen sind vergrössert. Die Behandlung blieb resultatlos. — Die histolg. Untersuchung ergab: hochgradige Atrophie der Epithelschichten, in der Cutis sind die Capillaren dilatirt, die Papillen kaum sichtbar. Die horizontalen Muskeln des Derma waren theils aufgetrieben, theils atrophisch mit geringer, kleinzelliger Infiltration. Die Musculi obliqui sind vollständig, die Arrectores pilorum beinahe ganz geschwunden. Die Haarfollikel sind atrophisch, die Talgdrüsen etwas spärlich, die Knäueldrüsen nähern sich in ihrer Form den fötalen Drüsen. Die elastischen Fasern in der Cutis sind spärlich, dünn, blass, leicht geschlängelt, parallel zur Oberfläche verlaufend; in den Papillen sind sie bis auf kurze Reste reducirt. Die Nervenendigungen zeigten keine Veränderungen. Ludwig Waelsch (Prag).

Balzer, F. et **Mercier,** R. Érythrodermie prémycosique avec poussées de purpura. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 18 Avril.

Seit 6 Jahren leidet der Patient an schnell vorübergehenden Attaquen, die besonders zur Sommerzeit auftreten, von denen die jetzige den früheren gleichend in einer mächtigen Schwellung des Gesichtes und der oberen Extremitäten mit einem transparenten Oedem der Lidhaut Erythemflecken und Blutungen in den betroffenen Theilen besteht.

Nach Abklingen der acuten Erscheinungen zeigt der Patient an Wangen und Nase rosa und blassviolette Herde, auf welchen scharfbegrenzte rothe Flecken wenig erhaben hervortreten. Am Halse ist die Haut nur leicht geröthet, stark gefältelt, wie zu gross für die bedeckten Hautstellen. An den Seitentheilen desselben rothe papelartige Erhebungen. Aehnliche Veränderungen am Rücken, Brust und Schultern, längs der Wirbelsäule, in der Gürtelgegend und in der Kreuzbeingegend wieder grössere Herde bildend. Die Hals-, Achsel- und Leistendrüsen geschwellt.

Ein ähnlicher früher beobachteter Fall veranlasste die Autoren Erythrodermie als Vorstadium der Mycosis anzunehmen.

R. Fischel (Bad Hall).

Buri. Ein seltener Fall von Hyperkeratose. Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. XXX.

Ein 20jähriger Techniker wies seit seinem zweiten Lebensjahr eine allmälig zunehmende Hautaffection auf, die sich angeblich im Anschluss an die Impfung entwickelt hatte. Die Haut wurde rauh, trocken, schuppend und bekam eine dunklere, schmutziggraue Farbe.



Während verschiedener in der Jugend durchgemachten Krankheiten verschlimmerte sich die Krankheit unter Beibehaltung ihres Charakters. Vor 3 Jahren, gleichzeitig mit dem Auftreten von Symptomen einer Tuberculose bildeten sich zuerst auf dem Kopf, dann auf der Brust, den Unterleib und den Oberschenkeln zahlreiche, warzenartige und condylomartige, stark pigmentirte, hornige Auswüchse.

Obzwar das ganze Krankheitsbild einer, wenn auch atypisch localisirten Ichthyosis simplex und histrix entspricht, glaubt Verfasser, dass man es hier mit einem Falle von Acanthosis nigricans auf ichthyotischer Basis zu thun habe. Ludwig Waelsch (Prag).

Mibelli, V. Le Cheratosi arsenicali. Lo Sperimentale. LII. f. IV. p. 249.

Mibelli bringt zunächst eine eingehende Uebersicht und Besprechung der bis jetzt veröffentlichten Fälle von Arsen-Keratose und theilt dann zwei Fälle eigener Beobachtung mit; diese zwei Beobachtungen sind dadurch werthvoll, dass sie Patienten betreffen, welche vorher an keiner Hauterkrankung gelitten hatten, sondern das Arsen (in beiden Fällen Sol. arsenic. Fowleri) wegen schlechten allgemeinen Ernährungszustandes nahmen. Bei der Patientin, welche durch drei Jahre ununterbrochen Arsen genommen hatte, waren neben der Keratose an Handtellern und Fusssohlen auch Melanose und Erythrodermie vorhanden. Bei dem Manne, welcher durch 17 Monate fast ohne Unterbrechung täglich 20—25 Tropfen Sol. ars. Fowleri genommen hatte, war nur die Keratose an Handtellern und Fusssohlen vorhanden. In beiden Fällen verlor sich die Hauterkrankung nach Aussetzen des Arsengenusses, ganz allmälig. Ueber die Menge des Arsens und über die Zeitdauer des Arsengenusses, welche zur Hervorbringung derartiger Keratosen erforderlich sind, lassen sich bestimmte Angaben noch nicht machen. Sodann bespricht der Autor eingehend die Symptomatologie, nämlich die symmetrische und constante Localisation der Hornhypertrophie an Handtellern und Fusssohlen, ferner das Aussehen, den Verlauf und die Complicationen der Erkrankung.

Th. Spietschka (Brünn).

Du Castel. Éléphantiasis de la verge. Annales 1898. Soc. de Dermat. et de Syphiligr. 10 Mars.

Vor 3 Jahren acquirirte der 21jährige Patient 4 Tage nach einem Coitus eine entzündliche Phimose mit starker Schwellung des Praeputiums. Keine Excoriation, keine Drüsenschwellung, kein Ausfluss. Das Glied vergrösserte sich allmälig und misst jetzt 16 Cm. in der Länge und 15 Cm. im Umfange. Die Haut verdickt, aber geschmeidig, leicht violett. An der Wurzel des Penis warzenartige Wucherungen.

Du Castel will vor jeder eingreifenderen Behandlung die Elektrolyse versuchen. R. Fischel (Bad Hall).

Emmery et **Glautenay.** Éléphantiasis des Organes génitaux externes. Annales 1898. Soc. de dermatol. et de syphiligr. 10 Mars.



Vor 20 Jahren acquirirte der jetzt 45jährige Patient Lues. Vor 4 Jahren trat ohne bekannte Ursache ein entzündliches Oedem des Präputiums auf, von da ab stets zunehmende Vergrösserung des Penis, so dass er jetzt das dreifache seines ursprünglichen Volumens zeigt. Auch der Hodensack ist an der sclerosirenden elephantiastischen Verdickung betheiligt.

Auch nach der Ansicht Fournier's handelt es sich um eine diffuse gummöse Infiltration, wie sie ähnlich an der Oberlippe beobachtet wird. Der specifischen Behandlung leistet die Affection hartnäckigen Widerstand. R. Fischel (Bad Hall).

Balzer et **Michaux.** Éléphantiasis des membres inférieurs avec psoriasis localisé. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 13 Janvier.

An der wahrscheinlich durch Lymphangoitis erysipel. elephantiastisch gewordenen rechten unteren Extremitäten breite psoriatische Efflorescenzen seit 2 Jahren.

Vérité und Fournier halten die Affection für ein tuberöses Syphilid und rathen antiluetische Behandlung. Letzterer glaubt die Elephantiasis auf eine syph. Phlebitis zurückführen zu können.

Balzer stützt seine Diagnose durch den mit einer Theerpomade erzielten Heileffect und das Fehlen von Narben.

Besnier räth vor einer Behandlung die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Hautstückchens.

Darier macht auf die Schwierigkeit der mikrosk. Differentialdiagnose aufmerksam. R. Fischel (Bad Hall).

Hallopeau. Nouvelle note sur un cas d'acro dermatite continue suppurative avec infection purulente tegumentaire (impétigo herpétiforme). Annales 1898. Société de dermatologie et de syphiligr. Séance du 10 Mars 1898.

Bei dem im Collaps gestorbenen Kranken fand man bei der Section eine wahrscheinlich durch Staphylococcen hervorgerufene hochgradige suppurative Entzündung der Haut, ebenso an den Eingeweiden, sehr starke Fettdegeneration der Leber, wie man sie bei Toxaemien beobachtet.

An den Endausbreitungen der Nerven constatirte man die Erscheinungen der Neuritis, fortgeleitet von der benachbarten Entzündung der Haut, während die Nervenstämme sich als intact erwiesen. Infarcte oder metastatische Abscesse fehlten.

Die Frage bleibt offen, warum die pyogenen Mikroben, die doch gewöhnlich durch ihre Invasion Pyohoemien veranlassen, sich in diesem Falle wie oben beschrieben, localisirten. R. Fischel (Bad Hall).

Balzer, F. et **Michaux.** Gangrènes cutanées multiples chez une hystérique. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 13 Janvier.

Das jetzt 21jährige Mädchen erfuhr im 14. Jahre einen heftigen Schrecken. Gleich darauf hysterische Erscheinungen, jedoch keine Krämpfe. Die Erscheinungen auf der Haut zeigten folgende Reihenfolge:



Zuerst Urticaria, Erytheme, pemphigoide Blasen, die entweder vollständig heilten oder geschwürig wurden, dann Blasenbildung mit Uebergang in Gangrän. Jetzt zeigt sie Auftreten von kleinen Erythemflecken, oft nur mit der Lupe erkennbar, die sich weisslich oder leicht bräunlich verfärben, zusammenfliessen; mit demarcirender Eiterung stossen sich die gangränösen Schorfe ab; die Heilung erfolgt mit fast keloiden, schmerzunempfindlichen Narben. Die Localisation: die Fussrücken, die Leistenbeuge und die Brüste. Genaue Ueberwachung der Kranken und chemische Untersuchung der Schorfe lassen den Einwurf an ein arteficielles Hervorrufen der Affection zurückweisen.

M. Jaquet räth einen Occlusivverband anzulegen, um vor Simulation ganz sicher zu sein.

M. Barthélemy macht darauf aufmerksam, dass die Herde wie durch Aetzung mit Carbolsäure oder Chloroform hervorgebracht aussehen und räth zur Vorsicht, um Simulation absolut sicher ausschliesen zu können.

M. Thibiérge fällt es auf, dass in allen ähnlichen bisher publicirten Fällen die Herde von der Hand der Kranken erreicht werden könneu.

R. Fischel (Bad Hall).

Hallopeau et Barthélemy. Note sur un cas de mycosis fungoide. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 10 Fevrier.

Die Besonderheiten des Falles prägen sich darin aus, dass gleichartige Efflorescenzen die verschiedensten Stadien der Entwicklung zeigen, bald nur einen oberflächlichen Plaque bilden, bald einen mächtigen tumorartigen Charakter tragen, in dem Polymorphismus der Erscheinungen, der sich in dem Auftreten kleiner Erythemflecke und Quaddeln und grosser Tumoren und mächtiger Infiltration der Haut ausspricht, in dem dermographischen Zustand der Haut, geringen Drüsenschwellungen und Fehlen des Juckens. Entfärbung einzelner Hautpartien mit Erweiterung der Talgdrüsenausführungsgänge, bei einigen Herden Erweiterung der Gefässe.

M. Brocq hält die Affection für Sarcom. M. Hallopeau bleibt mit Rücksicht auf die Art der Vergrösserung der Herde bei der Diagnose Mycosis. R. Fischel (Bad Hall).

Du Castel et Leredde. Mykosis fongoïde. Anomalies de la periode prémycosique. Annales 1898. Soc. de dermat. et syphiligr. 10 Mars.

Bei der ersten Consultation zeigte der 68jährige Kranke ein cachektisches Aussehen, eine glatte, glänzende atrophische Haut an den Handrücken; die Haut am ganzen Körper ungewöhnlich trocken. Ueber den Gelenkbeugen war sie geröthet und fein schuppend, im Gesichte gespannt, glatt, glänzend, Ektropium der Augenlider. Du Castel sah sich veranlasst die Diagnose Pityriasis rubra zu stellen.

Nach mehrjährigen eczematösen Attaquen erweist sich die Haut des Körpers verdickt, wie scarificirt, die Mündungen der Talgdrüsen erweitert. Sie hat das Aussehen einer Orangenschale. An den Händen und Unterschenkeln ziemlich intensive Cyanose. Auf der Haut der oberen

und unteren Extremitäten und des Stammes halbkreisförmige und polycyklische, erythematöse, fein schuppende, sich derb anfühlende Herde.

Starke Schweisse, Pruritus, Schwellung der Lymphdrüsen in der Achselhöhle und in Inguine. Die Zahl der weissen Blutkörperchen 5500; es besteht Lymphocytose.

Mikroskopisch ergibt sich: Das Str. granulosum fast vollständig verschwunden, Oedem der Epithelzellen, besonders in den interpapillären Zapfen, in der Epidermis Cavitäten mit zahlreichen Plasmazellen. Im Stratum mucosum Lympocythen. Oedem des Cutisbindegewebes, Proliferation der fixen Zellen desselben, Verdickung der Gefässwände, ein Befund, der dem gewöhnlichen histologischen Bilde bei Mykosis entspricht.

R. Fischel (Bad Hall).

Hallopeau. Nouvelle étude sur un cas de mycosis fongoïde. Examen histologique par M. M. Leredde et Lafitte. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 13. Janoier.

Hallopeau berichtet über den weiteren Verlauf des in der Novembersitzung 1897 vorgestellten Falles von Mykosis fungoides, der am 5. December starb.

Die mikroskopische Untersuchung eines den Anfangsstadien des Processes 24 Stunden nach dem Tode und eines während des Lebens excidirten Tumorstückchens ergab eine sehr geringe Zahl von Unna'sche Plasmazellen; ein enormes Oedem veränderte das histologische Bild. Die in diesem Falle gefundene reichliche Pigmentation der tiefen Lagen des Stratum malphigii ist eine ungewöhnliche Erscheinung im histologischen Bilde der Mykosis.

Hallopeau kommt zum Schlusse, dass die Mykosis f. ein ungemein variables Krankheitsbild darstelle.

M. M. Lafitte et M. Leredde weisen auf den Werth der histol. Untersuchung bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Sarcom und Syphilis hin. R. Fischel (Bad Hall).

Balzer, F. et Mercier, R. Onychogryphose hypertrophique. Annales 1898. Soc. de dermat. et syphiligr. 18. April.

Die Affection besteht seit 6 Jahren, seit 8 Jahren ist sie stationär. Die Nägel überragen die Fingerkuppe um 1 Cm., sind 7—8 Mm. dick und bretthart. An der Nagelwurzel sind die Veränderungen in viel geringerem Grade ausgesprochen. In transversaler Richtung erscheinen die Nägel stärker gekrümmt, wie zusammengezogen. Pilze nicht nachweisbar. Die Haut an den Händen rauh und verdickt. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Ernährungsstörung auf Grundlage von Arteriosclerose und Emphysem, an denen der 68jährige Mann leidet; er zeigt ausserdem Schwellung an den Metacarpophalangealgelenken, insbesondere an den beiden Daumen.

M. W. Dubreuilh betont, dass es sich nicht um eine Onychogryphosis senilis handeln könne, bei der die Hyperkeratose weniger zur Längen- als zur Dickenzunahme des Nagels führt.



M. Moty hat einen ähnlichen Fall mit Mitbetheiligung der unt. Extremitäten bei einem 22jährigen Manne gesehen, dessen Aetiologie er auf neurotrophische, durch Hysterie hervorgerufene Processe zurückführt.

M. Augagneur hat die Affection sehr häufig an den unt. Extremitäten beobachtet; in diesem Falle glaubt er den Alkoholismus als ätiologisches Moment betrachten zu können.

R. Fischel (Bad Hall).

Peukert. Ueber Ichthyosis. (Dermatol. Zeitschr. Bd. VI. 1899.)

Peukert gibt eine Uebersicht der in der Literatur bekannten atypischen Fälle von Ichthyosis, sowie über die ätiologischen Studien verschiedener Autoren. Am Schlusse der Arbeit veröffentlicht der Verf. mehrere Krankengeschichten von typischen Ichthyosis-Fällen, welche mit gutem Erfolge mit Sapo viridis und Bädern behandelt wurden.

Fritz Porges (Prag).

Gaston et Émery. Deux cas d'ichtyose pilaire familiale héréditaire, avec microsphygmie, chez des syphilitiques héréditaires. Annales 1898. Soc. de dermat. et syphiligr 10 Mars.

Beide von einem syphilitischen, mit Keratosis pilaris behafteten Vater stammende Kinder zeigen neben floriden hereditär syph. Erscheinungen die Symptome der Ichthyosis, das jüngere in erheblicherem Masse. Bemerkenswerth erscheint die Kleinheit des Radialispulses.

Es könnte sich um eine durch die hereditäre Syphilis schon im fötalen Zustande bedingte Entwicklungsstörung handeln, die sich einerseits in einer durch eine Entarteritis bewirkte Aplasie des Gefässsystems, andererseits in dem Auftreten der Hautaffection äussert.

R. Fischel (Bad Hall).

Edel, Paul Ludwig. Ueber Sclerodermie. Inaug. - Diss. München 1898.

Zwei Fälle von partieller Sclerodermie des Stammes, des Kopfes und der oberen Extremitäten bei Frauen, von denen der erste auf Massagebehandlung unter Anwendung von Vaselin innerhalb Jahresfrist fast ganz geheilt worden ist. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Leslie, R. Sclerodermia following injury in a child and resulting in contraction of the right index finger. (British Journal of Dermatology 1900.)

Ein 2jähriges Kind erlitt ein Trauma an der Haut des Abdomens; einige Wochen darnach zeigte diese Stelle eine deutliche Induration, die während der nächsten 2 Jahre gegen die rechte Schulter vorwärts schritt, u. zw. nicht continuirlich, sondern in isolirten, durch gesunde Haut getrennten Herden. Hierauf schritt der Process nach abwärts, die Aeste des Medianus und Radialis verfolgend. Der Zeigefinger erhielt hiedurch eine starke Contracturstellung, der Daumen wurde steif, die Haut zwischen diesen Fingern rigid. Robert Herz (Prag).

Faivre. Sclerodermie diffuse. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 10. Fevrier.



Bei der 45jährigen Kranken, Feldarbeiterin, entwickelte sich die Erkrankung hauptsächlich und in grösster Intensität an jenen Körperstellen, welche äusseren Witterungseinflüssen ausgesetzt waren.

Das durch die Sclerodermie der Augenlider bewirkte Ektropium bedingte ulceröse Keratitiden. Diese geben bezüglich des Virus eine schlechte Prognose.

Faivre räth nebst localer Behandlung Verabreichung von Thyreioidin. R. Fischel (Bad Hall).

Soltmann, O. Sclerema neonatorum (Sclerödem Soltmann). (Ctrbl. f. K. V. 1899.)

Sclerema neonatorum definirt Soltmann als eine unter lebhaftem Sinken der Eigenwärme einhergehende Verhärtung der Haut und des Zell- (und Fett-)gewebes mit seröser Infiltration. Soltmann hat für das Krankheitsbild den Namen Sclerödem vorgeschlagen und glaubt, dass das Oedem beim Sclerödem nicht als Consetutiverscheinung einer Entzündung auftritt und überhaupt nichts Specifisches besitzt. Die Härte ist nur von der Quantität der Exsudation abhängig. Soltmann zieht zur Erklärung des Sclerödems neben Schwächezuständen der Blutbewegung, Herzinnervation, Ernährung und Respiration auch noch eine krankhafte Disposition des Blutlebens, resp. eine abnorme Durchlässigkeit der Gefässwände heran. Das Sclerem im engeren Sinne (Sclerema adiposum) ist dagegen nur ein Symptom und zwar ein Symptom der Bluteindickung bei plötzlichen überstürzten und massigen Wasserausscheidungen und Serumverlusten, wie sie namentlich bei der Cholera infantum und den Sommerdiarrhöen der Säuglinge vorzukommen pflegen. Hiefür möchte Soltmann den Namen Sclerem beibehalten wissen. Dem Sclerödem und Sclerem gemeinsam ist nur die hochgradige, mit dem Sinken der Eigenwärme verbundene Schwäche, die bei dem ersteren angeboren (essentiell), bei dem letzteren erworben (symptomatisch) ist. Mit der Sclerodermie haben aber beide Processe nichts zu thun. Für die Aetiologie kommen sociale und hygienische Missstände in Betracht. Die meisten von Sclerödem befallenen Kinder sind mit angeborener Lebensschwäche behaftete, frühgeborene Neugeborene, bei denen die Affection gewöhnlich zwischen dem 2. und 4. Lebenstage auftritt.

In pathologisch-anatomischer Beziehung charakterisirt sich das symptomatische Sclerem als hochgradige Atrophie und Vertrocknung der Haut mit Verdichtung ihrer Schichten, Bindegewebswucherung und Fettschwund. Das Lumen der Blutgefässe der Haut ist stark reducirt, die starre Haut haftet fest an der Unterlage, während sie beim Sclerödem gespannt und in Folge der ödematösen Infiltration des subcutanen Gewebes stets bedeutend von der Unterlage abgehoben ist. Das Fettgewebe erscheint hier krümelig oder körnig. Die inneren Organe befinden sich meist im Zustande der Hyperämie. Oft findet man Extravasate und Exsudate in verschiedenen Organen.

Das Sclerödem wird meist von prägnant hervortretenden Allgemeinerscheinungen der Lebensschwäche, trägen Bewegungen, anhaltendem



Schlaf, erschwertem Saugvermögen, oberflächlicher unregelmässiger, verlangsamter Respiration, kleinem, aussetzenden Puls etc. begleitet. Die Temperatur der ödematösen Stellen sinkt bedeutend (bis 22°) — schliesslich erlischt meist unter zunehmender Schwäche und lethargischem Schlafe das Leben. Pneumonien sind die häufigsten Complicationen des Sclerödems. Der Process dauert 5—8, höchstens 20 Tage, die Prognose ist absolut schlecht, Heilungen selten.

Differentialdiagnostisch ist das Sclerödem von Erysipelas neonatorum, Sclerodermia und endlich Sclerema adiposum zu trennen.

Die Therapie besteht in prophylaktisch-hygienischen Massregeln zur Verhütung des Ausbruches der Affection (Flottmachung der Respiration, Belebung und Erwärmung). Aehnlich sind die therapeutischen Massregeln beim Beginne des Leidens, hiezu kämen noch Unterstützung, resp. Ermöglichung der Ernährung, Anwendung aller, die Energie der wichtigsten Innervationscentren unterstützenden Mittel, Massage, warme Douchen etc. Als Nährmittel diene Muttermilch mit Zusatz einiger Tropfen Spiritus aetherus, Cognac oder Rum. Hochsinger (Wien).

Jung, Ph. Beitrag zur Kraurosis vulvae. Dtsch. Med. Woch., 21., 1900.

Aus Martin's Klinik berichtet Jung über 4 Fälle dieser seltenen Erkrankung. Einer davon zeige die Complication mit Carcinoma vulvae dergestalt, dass auf oder dicht neben der kraurös veränderten Vulvahaut ein Cancroid sich bildete. Sonst bietet die Arbeit nichts Neues.

Max Joseph (Berlin).

Pellizzari, Celso. Pseudo-Milio-colloide. Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle. XXXIII, pag. 692.

Pellizzari beschreibt einen Fall von Colloidmilium (Wagner) bei einem 45jährigen Strassenwächter, vergleicht ihn mit den anderen bereits veröffentlichten Fällen und berichtet über seine histologischen Untersuchungen, welche ergeben. dass sich in einer vornehmlich passiv hyperämischen Haut — die kleinen Venen des Derma sind an circumscripten Stellen erweitert — eine feingranulirte Substanz bildet und die obersten Schichten des Derma durchsetzt; rasch verschwinden dann die elastischen Fasern, die Gefässscheiden, mit Ausnahme des Endothels, indem die bindegewebigen Scheiden ein homogenes Aussehen annehmen, und das ganze Gewebe geht in hyaline Degeneration über. Der Autor schlägt schliesslich den Namen Pseudo-Colloidmilium vor, da es sich bei dieser Erkrankung um kein wahres Milium handelt.

Th. Spietschka (Brünn).

De Amicis, Michele. Sulla veruca volgare. Giornale Internat. di Sc. med. Ao. XX, pag. 453.

De Amicis, M. bespricht zunächst die verschiedenen Formen der Hautwarzen an der Hand der Literatur und berichtet sodann über seine eigenen histologischen und bakteriologischen Untersuchungen. Es gelang ihm unter anderen Mikroorganismen regelmässig drei Formen von Coccen zu züchten, welche dem Bumm'schen Mikrococcus cereus albus, M. citreus

und M. roseus entsprachen. Alle Uebertragunsversuche fielen negativ aus; auch die Untersuchungen auf Blastomyceten blieben resultatlos. Die histologischen Untersuchungen bringen nichts neues. Sodann bespricht er die verschiedenen therapeutischen Massnahmen und beschreibt zum Schlusse zwei Fälle mit sehr ausgebreiteter Warzenbildung.

Th. Spietschka (Brünn).

Trembetta, S. Fibroma mollusco, istologia patologica ed istogenesi. (Riforina Medica 1900, 17. und 18. Jan.)

Verf. hat die histologische Untersuchung eines angeborenen fibrösen Tumors, der seinen Sitz am rechten Fussgelenk eines 16jährigen Individuums hatte, gemacht und findet, dass die fibröse Gewebsneubildung sowohl die Cutis und Subcutis betrifft, als auch von der Adventitia der Gefässe und dem Bindegewebe der Nerven ausgeht. Die letzteren sind schon makroskopisch sehr vergrössert und erkennt man auf ihrem Durchschnitt isolirte kleine Fibrome inmitten des lockeren Bindegewebes. Nach der ersten Exstirpation hatte sich der Tumor reproducirt und nachdem der Kranke nach einer zweiten Operation starb, wurde constatirt, dass, ausser andern ähnlichen Tumoren in der Haut, auch Tumoren im Gehirn und an der inneren Seite der Rippen sich entwickelt hatten. Die letzteren erwiesen sich als fusicelluläre Sarcome. Auch der linke n. ischiadicus war verdickt und enthielt kleine umschriebene Fibrome in seinem Bindegewebe.

L. Philippson (Palermo).

Aievoli. La genesi del lipoma. (Genese des Lipoms, Policlinico, 15. Jan. 1900, ref. Riforma medica, 15. Febr. 1900.)

Verf. hält das Lipom nicht für eine Neubildung im wahren Sinne des Wortes, sondern für eine trophische Störung. Da normalerweise zwischen Ablagerung und Verbrauch des Fettes Gleichgewicht besteht, so muss man beim Lipom eine Störung desselben annehmen und die Ursache derselben ist daher die Hauptfrage bei dieser Krankheit. Verf. sucht diese Ursache der Störung in der Vertheilung und in der Function des elastischen Gewebes, welches seiner Aufgabe als Regulator der Lymphcirculation nicht gerecht wird. L. Philippson (Palermo).

Betagh, G. La psoriasi della lingua e l'epitelioma. (Aus der chir. Klinik von Prof. Durante, Rom. Supplement des Policlinico 1900, Nr. 20.)

Bei einem 56jährigen Manne, der mit 20 Jahren Syphilis hatte und bei dem sich in sehr chronischer Weise Leukoplasie der Zunge mit Rhagadenbildung im Laufe der letzten 10 Jahre entwickelt hatte, beobachtete Verf. ausser diesen Veränderungen ein unregelmässiges Geschwür mit erhöhter Consistenz der umgebenden Gewebe an der linken Zungenspitze. Es wurde die Diagnose auf Epitheliom der Zungenschleimhaut mit vorausgehender Leukoplasie und chronisch interstitieller Glossitis gestellt und von Prof. Durante die Amputation der linken Zungenhälfte ausgeführt. L. Philippson (Palermo).

Audry, Ch. (Toulouse). Nôte sur un liomyôme solitaire de la peau. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 10. Fevrier.



Der erbsengrosse, der Haut angehörige Tumor sitzt an der Ansatzstelle des M. deltoides an der hinteren Fläche des Oberarms.

Histologisch zeigt sich, dass sich der gefässlose Tumor im Niveau oder etwas unterhalb der comprimirten Haarfollikel entwickelt hat. Er besteht aus glatten, nach verschiedenen Richtungen sich verflechtenden, theils einzelnen, theils zu Bündeln angeordneten glatten Muskelfasern. Das elastische Gewebe erscheint rareficirt und dissociirt, nicht degenerirt wie bei bösartigen Neubildungen und Entzündungen.

Das Myome scheint von einem arrector pilorum seinen Ursprung zu nehmen. R. Fischel (Bad Hall).

White-Harvard, C. J. Liomyoma cutis. Journal of cutanoous and Genito-urinary Diseases. Juni 1899.

White beschreibt eingehend einen casuistischen Fall dieser seltenen Hautaffection. Der sonst gesunde, 45jährige Patient beobachtete vor 4 Jahren ein kleines Knötchen an der rechten Wange, welchem in rascher Reihenfolge etwa 60 andere folgten. Das Krankheitsbild präsentirt eine Gruppe kleiner rosenrothen bis erbsengrossen blasseren glänzenden Neubildungen, welche sich derb anfühlen. Subjectiv ist zuweilen, namentlich nach Druck oder Aussetzen der Kälte brennender Schmerz fühlbar. Der mikroskopische Befund ergab normales Stratum corneum und lucidum; dagegen erscheint das Stratum granulosum auf eine einzige Zellschichte und das Rete mucosum auch wesentlich reducirt. Die Hauptveränderungen fanden im Corium statt, in welchem die normalen Formelemente durch eine unregelmässig angeordnete glatte Muskelneubildung ersetzt sind. Nächst einer deutlichen Hyperplasie der Blutgefässe liessen sich noch Zeichen eines Degenerationsprocesses im Neugewebe erblicken.

Beck (New-York).

Leredde et **Bertherand**. Neuro fibromatose. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 13 Janvier.

Bei dem in der Intelligenz zurückgebliebenen Kranken weisen Leredde und Bertherand auf drei Besonderheiten hin: Ausser den zahlreichen Pigmentflecken und den Tumoren, diffuse Pigmentationen, Arteriosclerose und eine Ernährungsstörung, die sie aus der Analyse des Urins erschliessen. Im Gegensatze zu der gewöhnlichen Beobachtung existiren in der Familie des Kranken keine ähnlichen Fälle. R. Fischel (Bad Hall).

Fordyce, J. A., New-York. Lupus Erythematosus bei einem Tuberculösen. Sectionsbericht. Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. März 1899.

Der casuistische Bericht betrifft eine 39jährige, mit Trunksucht hereditär belastete, dem Trunke selbst ergebene, überaus fette, Epileptikerin, die im comatösen Zustande in das Hospital aufgenommen wurde und daselbst starb. Aus der mangelhaften Krankengeschichte liess sich erschliessen, dass die Patientin vor 3 Jahren eine Hautaffection im Gesichte acquirirte, welche sich zu einem typischen, die Schmetterlingsform darstellenden, Lupus erythematosus entwickelte. Die kurz nach dem Tode vorgenommene Obduction ergab: Lungen- und Gehirnödem, Nieren-

tuberculose und hypertrophische Lebercirrhose. Einzelne Narben am Halse sind das Resultat einer wegen strumösen Lymphdrüsen stattgehabten Operation in der Jugend der Patientin. Mit Rücksicht auf die vielfachen pathologischen Veränderungen dieses Falles konnte Fordyce eine directe ätiologische Beziehung der activen Nierentuberculose oder der abgeheilten Lymphdrüsen zu dem später zur Entwicklung gelangten Lupus erythematosus nicht feststellen. Verf. glaubt, dass die bisherigen histologischen Befunde des Lupus erythematosus wohl keine bakterielle Localinfection erschliessen lassen; dass jedoch die Gefäss- und Bindegewebsveränderungen das Product der Reizwirkung löslicher Toxine derselben sein können. In der Auffassung des Verf. gibt es mehrere Ursachen für den Lupus erythematosus, welche theils localer, theils allgemeiner Natur sind. Beck (New-York).

Pringle, J. J. Multiple Epithelioma developing upon Lupus erythematosus. (The British Journal of Dermatology 1900.)

Im Alter von 19 Jahren traten bei der Patientin — einer derzeit ca. 36jährigen Frau — die ersten Erscheinungen von Lupus erythematosus in Form von kahlen Stellen der behaarten Kopfhaut und zwar hinter- und oberhalb beider Ohren auf. Einige Jahre später entwickelte sich ein dritter kahler Herd entsprechend dem Haarwirbel. Bis zum 30. Lebensjahre der Patientin zeigte die Krankheit keine anderen Symptome, als diese sich ganz allmälig vergrössernden Herde an der behaarten Kopfhaut, und erst um die erwähnte Zeit traten auch Erscheinungen von Lupus erythematosus an der Haut der Schläfen, der Oberkiefer, am Kinne und an den Ohrmuscheln auf. Sieben Jahre später sah Pringle die Patientin wieder, die sich während dieser Zeit seiner Beobachtung entzogen hatte. Diesmal constatirte er einen an dem rechten Scheitelbein sitzenden flachen Tumor von der Grösse eines Fünfschillingstückes mit centraler Exulceration, deren Ränder unregelmässig, unterminirt und ungemein derb waren. Nicht weit davon oberhalb des ersteren sitzend ein zweites kleineres Geschwür von derselben Beschaffenheit. Von den Occipitaldrüsen war nur eine auf der rechten Seite befindliche in geringem Grade vergrössert. Nun wurde die Excision der exulcerirten Tumoren, sowie der vergrösserten Occipitaldrüse vorgenommen — welche letztere sich übrigens bei der anatomischen Untersuchung normal erwies — und die Substanzverluste wurden mit Thiersch'schen Lappen gedeckt. Die Wunden heilten reactionslos, doch traten nach der Operation wiederholt neue exulcerirende Knoten auf, die stets wieder entfernt wurden. Der ausführlich wiedergegebene Bericht über die Ergebnisse der histologischen Untersuchung stellt fest, dass es sich um Epitheliome handelte, die sich auf dem Boden des Lupus erythematosus entwickelt hatten, wiewohl Desbonnets, wie Pringle eingangs seiner Arbeit erwähnt, im Jahre 1894 das Vorkommen derartiger Carcinomentwicklung in Abrede gestellt hatte.

Uebergehend auf die diesbezügliche Literatur, verweilt Pringle insbesondere bei einem von Kreibich im 51. Bande des Archivs für Dermatologie und Syphilis veröffentlichten Falle, bei welchem das Carcinom



sich vorwiegend an der Oberlippenhaut und Schleimhaut localisirte. Kreibich nahm an, dass dieses Carcinom nicht als Narbencarcinom analog dem Lupusnarbenkrebs aufzufassen sei, indem sich dasselbe auf dem durch Lupus erythematosus veränderten, von Kaposi als atrophische Narbe bezeichneten Gewebe entwickelt habe, er ist vielmehr der Ansicht, dass der Lupus erythematosus durch die zufällige Localisation am Lippenroth, von dem thatsächlich alle Lippencarcinome ihren Ausgang nehmen, den Boden für die Carcinombildung vorbereitet habe, indem „die chronische Entzündung durch Oedem und Lockerung des Bindegewebes die atypische Wucherung des Epithels ermöglichte".

Ohne hiezu Stellung zu nehmen, führt Pringle seinen, sowie einen bereits früher von Stopford Taylor veröffentlichten Fall derselben Art als Beweis an, dass zur Carcinombildung bei Lupus erythematosus nicht das Vorhandensein von Schleimhaut bei der an Carcinom erkrankten Partie als unerlässliche Vorbedingung anzusehen sei. Der Arbeit sind mehrere recht anschauliche Bilder beigelegt. Robert Herz (Prag).

Michiels, Par. Contribution à l'étude des Anmeurs malignes du testicule ectopié. Thèse de Bordeaux. 1897, Nr. 75, 56 Seiten.

Drei Fälle von Carcinomentwicklung in ectopischen Hoden. Einmal war es der rechte, zweimal der linke Hoden, der abnorm gelagert (Ectopie inguinale und cruro-scrotale) war. Für die Aetiologie der Carcinomentwicklung macht Michiels die häufigen traumatischen Entzündungen verantwortlich, denen ectopische Hoden ausgesetzt sind. Zusammenstellung der einschlägigen Literatur von 1777 ab. Kuznitzky (Köln).

Hermet. Cicatrisation d'un epithelioma ulcéré de la face par un procédé nouveau d'application d'acide arsénieux. (Méthode de Cerny, de Prague.) Annales 1898. Société de dermat. et de syphiligr. 10. Mars.

Der mit einem ziemlich ausgebreiteten Epitheliom der Wange behaftete Kranke sträubte sich nach einer vergeblichen Behandlung mit Kalium chloricum gegen einen chirurgischen Eingriff. Die Anwendung der Černy-Truneček'schen Methode, die ausführlich geschildert wird, ergab nach ca. 40 Pinselungen, die ca. 2 Monate brauchten, am Ende des darauffolgenden Monates fast vollständige Vernarbung.

Die ziemlich intensiven Schmerzen waren erträglich, so dass Patient jeden zweiten Tag wie gewöhnlich der Jagd obliegen konnte.

Castel, M. du scheinen einige kleine Granulationsherde als verdächtig für den Ausgangspunkt einer Recidive.

Barthélemy, M. räth die Kranken zum operativen Verfahren zu ermuthigen, das in Curettement und nachheriger Cauterisation bestehend, ihm schon nach drei Wochen vollständige Vernarbung und in einigen Fällen bisher zehnjährige Recidivfreiheit bewirkt hat.

Hallopeau, M. hält das Verfahren wegen der grossen Schmerzen nur für kleine Tumoren geeignet.

Hermet, M. möchte das Verfahren wenigstens in allen inoperablen Fällen versucht wissen. R. Fischel (Bad Hall).

Fordyce, J. A. Clinical and Pathological Observations on Some Early Formes of Epithelioma of the Skin. New-York Medical-Journal LXXI, pag. 889 und 979, 9., 23. Juni 1900.

In dem durch Photo- und Mikrophotographien erläuterten Artikel beschreibt Fordyce zuerst eine verhältnissmässig gutartige Classe von Epithelneubildungen, die besonders im Gesicht vorkommend, Jahre lang unverändert bleiben, aber gelegentlich einen local-bösartigen Charakter annehmen und den bekannten Verlauf der als Ulcus rodens bezeichneten oberflächlichen Epitheliome zeigen mit Geschwürsbildung im Centrum und peripherer Weiterverbreitung. Sie entstehen als perlenartige, weisse oder graue harte Knötchen, im mittleren Lebensalter, häufig mehrfach, zuweilen mit geringer centraler Einziehung. Histologisch sind sie wahre Epitheliomata, gehen von dem Oberflächenepithel aus; die kleinen Epithelzellen durchsetzen, zahlreiche Verzweigungen bildend, das Bindegewebe, sie sind arm an Chromatin, zeigen wenige oder keine Mitosen, hyaline oder andere Degeneration scheint dem Weiterwachsen dann Einhalt zu thun. Nur in einem dieser Fälle handelte es sich um ein typisches Talgdrüsenadenom. Recidive traten nach Operation in keinem Falle auf.

In anderen Fällen erscheinen die Epitheliome als erbsengrosse, braunrothe, glatte Knötchen von verschiedener Consistenz im Gesicht. Frühzeitige Entfernung, die leicht mit der Curette gelingt, ist nicht von Recidiv gefolgt. Histologisch sind die mittleren und tiefen Cutisschichten, nicht der Papillarkörper befallen; die kleinen Epithelzellen sind in parallelen Streifen mit zahlreichen Verbindungen zwischen denselben angeordnet, sie färben sich nur schwach; in einem Falle, in dem die Neubildung in der letzten Zeit rasche Vergrösserung gezeigt hatte, waren zahlreiche Mitosen vorhanden. Diese Form zeigt grosse Aehnlichkeit mit den von Brooke und Fordyce beschriebenen multiplen gutartigen, cystischen Epitheliomen, doch scheint die Beobachtung von White und Bowen zu beweisen, dass auch diese gelegentlich einen bösartigen Charakter annehmen können.

Die Frage, warum solche Epitheliome lange Zeit gutartig bleiben und andere bösartigen Charakter annehmen, ist Fordyce auch nicht im Stande zu beantworten.

Weiter werden besprochen Hautkrebse, die sich auch vorher bestehenden Hautveränderungen entwickeln. Senile und seborrhoische Warzen, besonders im Gesicht und auf dem Handrücken geben öfter Veranlassung zur Entwicklung multipler Epitheliome dieser Gegenden. Ferner werden der Sitz maligner Neubildungen Hautpartien im Zustand der senilen Atrophie oder der von Unna beschriebenen Seemann's Haut, bei denen sich Schwund des Fett- oder Bindegewebes, Pigmentablagerungen, Papillome, localisirte Erweiterung der Blutgefässe finden und ganz besonders das analoge bei jüngeren Individuen vorkommende Xeroderma pigmentosum.



Chronisch specifische Entzündungszustände, wie bei Syphilis und Lupus, vereinzelt auch bei Lupus erythemat. begünstigen die Entwicklung krebsiger Neubildungen und erklären das rasche Wachsthum derselben, während bei chronischen Geschwüren und gewöhnlichem Narbengewebe der Verlauf ein langsamerer zu sein pflegt.

Carcinome der Knäueldrüsen sind selten, einen derartigen Fall hat Fordyce früher bereits beschrieben. Es wird die Möglichkeit besprochen, dass die Knäueldrüsen in diesem Falle nur secundär von dem oberflächlichen Epithel aus erkrankt seien, ähnlich wie bei Pagets Erkrankung der Brustwarze die Gänge der Milchdrüse von einer oberflächlichen Dermatitis aus erkranken.

Bei Epitheliom der Unterlippe bestehen die ersten Veränderungen zuweilen in einer umschriebenen Hyperkeratosis, zuweilen in einer leichten Erosion oder Fissur. Die Differentialdiagnose zwischen Epitheliom, namentlich den mehr atypischen Formen und syphilitischen Primäraffect und Gumma wird besprochen. Histologisch gehören die meisten Carcinome der Unterlippe zu den Plattenepithelkrebsen, bei vielen derselben kommt es zur Verhornung der Zellen und zur Bildung von Epithelperlen, während in anderen dieselben mehr den embryonalen Charakter beibehalten. Zum Unterschied von Ulc. rodens werden bei den Lippenkrebsen die Lymphgefässe frühzeitig in Mitleidenschaft gezogen.

In einer Betrachtung der verschiedenen Ansichten über die Aetiologie der Krebse spricht sich Fordyce gegen die Wahrscheinlichkeit des infectiösen Ursprungs derselben aus. H. G. Klotz (New-York.)

Stravino, Antonio. Sarcomatosi cutanea primitiva emorragica con speciale riguardo alla etiologia. Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle XXXIII, pag. 155.

Stravino beschreibt einen Fall von Sarcomatose, welcher von der Haut des Fusses, und zwar von einer hier befindlichen Narbe ausgegangen war. Der betreffende Patient war Arbeiter in einem Pferdeschlachthause und hatte sich im Jahre 1895 bei der Abhäutung eines kollerkranken Pferdes, wobei er mit den Füssen in einer Flüssigkeit stand, welche thierische Reste in Verwesung enthielt, mit dem Messer am Fussrücken verletzt. Die Wunde eiterte etwas und heilte zu, die Narbe blieb jedoch angeschwollen und von ihr ging die Bildung einer Geschwulst mit dunkelbrauner Verfärbung aus; ähnliche Flecken verbreiteten sich über die ganze Extremität und traten schliesslich auch an dem anderen Beine und den oberen Extremitäten auf; die regionären Drüsen mässig vergrössert, an den inneren Organen nichts abnormes nachweisbar; die Blutuntersuchung ergab 2,710.000 rothe, 10.000 weisse Blutkörperchen. Die histologische Untersuchung excidirter Tumoren ergab, dass dieselben im Derma und Hypoderma sassen und theils aus embrionalen kleinen Rundzellen, theils aus einem zellreichen fibrillären Gewebe gebildet waren, welches reichliche Gefässneubildung und Hämorrhagien aufwies, sich somit als ein an Hämorrhagien sehr reiches kleines Rundzellensarcom darstellte, das aber doch auch einen gewissen Ueber-



gang zu den entzündlichen Neubildungen bildete. Die Anamnese führte den Verfasser zu der Annahme, dass Mikroorganismen, vielleicht jener des Koller, in abgeschwächter Form oder in Symbiose mit anderen das ätiologische Moment dieser Sarcombildung abgaben.

Th. **Spietschka** (Brünn).

Krzystalowicz, F. **Zur Histologie des Xanthoma glycosuricum.** Monatshefte f. prakt. Derm., Bd. 29.

Der Patient K's litt seit 2 Jahren an einem Hautausschlag, der zuerst in Form kleiner Knötchen an der r. Vola und an der Ellbogengegend auftrat, welche seitdem an Grösse etwas zunahmen und auch an anderen Körperstellen auftraten und ihm keine besonderen subjectiven Beschwerden verursachten. Seit dieser Zeit etwas zunehmende Fettleibigkeit, kein besonderer Durst, keine Polyurie, keine Schwäche. Die Knötchen, von Stecknadelkopf- bis Linsengrösse, zeigen strohgelbe Farbe mit lebhaft rothem Saum; sie sind derb, in Gruppen unregelmässig aneinandergereiht. Sie localisiren sich vorwiegend über den Streckseiten der Extremitäten, ausserdem gruppirt an der hinteren oberen Partie der Oberschenkel, ein paar Knoten am Daumenballen. Die Untersuchung des Harnes ergab Zucker. Nach ungefähr zweimonatlicher Behandlung (strenge Diät, innerlich Salicylsäure, äusserlich Abschneiden einiger grösserer Knoten, auf die kleineren Ichthyolpflastermull) verschwand der Zucker, ebenso die Knoten. Die excidirten Knötchen wurden in Alkohol, Müller'scher und Flemming'scher Flüssigkeit, ferner mit den Fixationsflüssigkeiten von Unna mit nachfolgender Osmirung behandelt. Die Untersuchung der Alkoholpräparate ergab im Corium unter der Pars papillaris einen Knoten, von Bindegewebe und elastischen Fasern, nach Art einer Kapsel rings umgeben, welche Septen in das Innere aussendet. Das Bindegewebe und die elastischen Fasern sind aber durch die Entwicklung des Knotens nicht zerstört, sondern nur zur Seite geschoben. Mit Hilfe besonderer Färbemethoden konnte Krzystalowicz nachweisen, dass das Knötchen, sobald es eine gewisse Grösse erreicht hat, aus einzelnen, durch collagen mit elastischen Fasern von einander getrennten Herden sich zusammensetzt. Die Herde zeigen eine Art concentrischer Schichtung, ihre Zellen an der Peripherie mehr zusammengedrängt, im Centrum weiter auseinanderliegend. Die Zellen selbst sind Bindegewebszellen verschiedenen Alters, an der Peripherie zumeist spindelförmige ältere Zellen, im Centrum solche mit reichlich entwickeltem Spargioplasma (Spargioplasten) mit gut färbbaren Kernen, hie und da Mitosen, daneben zwei- bis dreimal so grosse Zellen mit grossen Kernen. Die Form ist sehr verschieden (Platten-, Spindel-, Spinnen- und Schaumzellen), und stehen sie durch Ausläufer mit einander in Verbindung. In dem dadurch entstandenen Netzwerk finden sich helle Räume, von zarten Zellausläufern durchzogen. In den Präparaten aus Flemming's Lösung fanden sich Fetttröpfchen an der Peripherie des Knötchens längs der dort dichter liegenden Zellen, neben diesen oder in ihnen, besonders dicht an den Polen. Gegen das Centrum des Herdes sieht man immer



mehr sich vergrössernde Intercellulärräume und immer reichlicher Fetttröpfchen, zumeist frei. Dort, wo sich an den Alkoholpräparaten nur helle Felder befanden, beobachtete man grosse Haufen von Fettkrystallen. Die secundäre Osmirung nach Unna zeigt das Fett noch schärfer und in grösserer Menge. Auch in den Ausläufern der Bindegewebszellen, wie diese, ein zartes Netz bildend, ferner schwarze Massen, homogen, oder aus Fetttröpfchen verschiedener Grösse zusammengesetzt, welche die verschiedenen Zellgestalten nachahmen und den Eindruck machen, als ob sie Zellausgüsse mit vielen Ausläufern seien. Auch im Bindegewebe zwischen Knötchen und Epithel sieht man Streifen kleinster Fetttröpfchen, in Peri- und Endothelien, auch in Bindegewebsspalten. Aus diesen Bildern ergibt sich, dass es beim Xanthoma glycosuricum sich um Fette von verschiedener Form und Farbreaction handelt. Auch Sudan III und Alkannoextrakt gaben gute Bilder. Die vorbeschriebenen grossen Zellen (Xanthomzellen), welche das Knötchen zusammensetzen, hält Verfasser für stark vergrösserte, proliferirte Bindegewebszellen mit fettiger Metamorphose und glaubt, dass die letztere dieselbe Art der Verfettung darstelle, wie bei den Talgdrüsen. Zum Schlusse hebt Krzystalowicz hervor, dass das Xanthoma glycosuricum klinisch und histologisch strenge zu trennen sei von dem Xanthom der Augenlider. Ludwig Waelsch (Prag).

Fabiani, Gennaro. Su di un caso di Angioma. Giornale Internat. di Sc. med. Ao. XX, pag. 1033.

Fabiani beschreibt einen Tumor, welchen er einem 5 Monate alten Kinde excidirt hatte. Der Tumor hatte bereits bei der Geburt des Kindes in Form eines teleangiectatischen Naevus in der Grösse eines Hellerstückes an der Seite des Stammes bestanden, war aber nachher sehr rasch gewachsen und hatte namentlich auch an Dicke zugenommen, so dass er eine Geschwulst bildete, welche sich bei dauerndem Drucke etwas verkleinern liess, bald aber wieder nach Nachlassen des Druckes ihre frühere Grösse annahm; da die Geschwulst schliesslich im Centrum exulcerirte, entschloss er sich zur Excision derselben. Die Wunde heilte per primam intentionen. Die histologische Untersuchung des Tumors ergab, dass es sich um ein Cavernom handelte, welches stellenweise mit Massen kleiner embryonaler Zellen reichlich durchsetzt war, also um ein kleinzelliges Angiosarcom. Der Fall ist ein Beweis dafür, dass sich embryonale Keime im Organismus vorfinden und Veranlassung zur Bildung bösartiger Tumoren geben können; desgleichen spricht der Fall für die Heredität als ätiologisches Moment solcher Tumoren, da eine Tante des Kindes an Sarcom der Mamma gestorben und die Mutter des Kindes 2 Jahre vorher an einem kleinzelligen Sarcoma des Vorderarmes operirt worden war. Th. Spietschka (Brünn).

Pawlof, P. Ein Fall von Lymphangioma circumscriptum der Haut. Monatshefte f. prakt. Dermatol., Bd. XXIX.

Ein 24 Jahre alter Soldat hatte seit frühester Jugend kleine, warzenähnliche Neubildungen, die sich sehr langsam über die Oberfläche der Haut mit der Zeit ausbreiteten. Sie bestehen aus glänzenden Bläschen

verschiedener Grösse, 1—3 Mm. hoch, von unregelmässig rundlicher Form, meist dichtstehend, in kleinen Gruppen. Dort, wo aneinander stehende Bläschen zusammenstossen, schimmern kleine, dunkelrothe Capillaren durch. Eine erbsengrosse Gruppe der Bläschen zeigte blutigen Inhalt. Der Inhalt der Bläschen ergab Fibrinfasern, einzelne Lymphocyten, seltener rothe Blutkörperchen. Nach Entleerung der Bläschen durch Anstechen gelingt es nicht, durch Pressen der Umgebung eine grössere Menge zu exprimiren; dagegen lässt sich durch länger dauernden Druck auf einzelne Bläschen ihr Inhalt in geringem Grade verdrängen. Mikroskopisch fanden sich in der Papillarschicht und den oberen Coriumschichten verschieden grosse Hohlräume, erfüllt mit körnigem Fibringerinnsel, mit Lymphocyten oder rothen Blutkörperchen, ausgekleidet von einschichtigem Endothel, das nur in einigen Hohlräumen ganz fehlt. Die Hohlräume stehen durch feine Spalten miteinander in Verbindung. Das Rete malpighi über den Hohlräumen abgeplattet, reducirt, immer jedoch durch eine schmale Bindegewebslage von den Hohlräumen getrennt. Die mittleren und unteren Schichten des Corium sind frei von Hohlräumen, an der Grenze zwischen Corium und Unterhautzellgewebe, sowie in dem letzteren selbst zeigen sich breite Lymphgänge mit varicösen Erweiterungen. Verf. sucht auch die Frage zu beantworten, ob es sich im vorliegenden Fall um Neubildung von Lymphgefässen mit secundärer Lymphangiectasie oder um einfache Lymphangiectasie handelt. Da keine sichtbaren mechanischen Hindernisse zum Abfluss der Lymphe und des Venenblutes vorhanden sind, so glaubt Verf. mit Unna, dass central von der von den Neubildungen betroffenen Stelle im Lymph- und Venensystem ein begrenzter angeborener Entwicklungsfehler vorhanden sei, der zu begrenzter Lymphstauung führe, welche wiederum den Anstoss gebe zu Proliferation von Lymphangioblasten und zur Entwicklung der oben beschriebenen Hohlräume.

Ludwig Waelsch (Prag).

Broqu, L. et **Bernard**, Léon. Étude sur le lymphangiome circonscrit de la peau et de muqueuses. A propos d'un cas de lymphangiome circonscrit de la cavité buccale. Annales 1898.

Nachdem die Autoren in dem ersten Theil ihrer Arbeit die Geschichte, die Klinik und die pathologische Anatomie des Lymphangioma circonscr. der Haut besprochen haben, gehen sie in dem zweiten Theil zu der detaillirten Beschreibung ihres selbst beobachteten Falles über. Es handelt sich um einen 17jährigen Mann, der einen seit der Geburt bestehenden und allmälig bis zu der jetzigen Grösse herangewachsenen, ca. 6—7 Cm. langen, wurstförmigen Tumor der linken Zungenhälfte trägt, der auch auf das Gaumensegel übergreift, der nur an einigen Stellen scharf gegen die gesunde Schleimhaut abgegrenzt ist, an anderen einen allmäligen Uebergang in dieselbe zeigt, an seiner Oberfläche mehrere furchenförmige Einschnitte aufweist. Dieselbe wird von zahlreichen kleinen miliaren bis linsengrossen Bläschen, die mit theils klarem, theils blutigem Inhalt gefüllt sind, gebildet, von denen erstere meist einen rothen Blutpunkt durchscheinen lassen. Viermal im Jahr kommt es zu einer drei-



wöchentlichen Anschwellung des Tumors, der dann wieder eine Abschwellung folgt. Da die Ignipunktur und Elektrolyse erfolglos waren, so versuchen die Autoren jetzt eine stückweise Exstirpation der Geschwulst. Die histologische Untersuchung ergab cystenartige mit proliferirtem Endothel ausgekleidete Hohlräume, papillär oder subpapillär gelegen. Die Endothelien der Lymphgefässe des Coriums befinden sich in Proliferation, durch nachherige Dilatation derselben entstehen die Cysten. Sie werden von Capillaren der Blutgefässe umkreist. Durch Berstung derselben können nun subpapilläre hämorrhagische Herde entstehen, oder es können die Capillaren in die Lymphcysten durchbrechen, wodurch sich deren blutiger Inhalt erklärt. Das Lymphangioma circumscr. der Schleimhaut zeigt also eine dem Lymphangioma circumscr. der Haut analoge Bildung. Im dritten Theile der Arbeit kommen die Autoren auf Grund der kritischen Sichtung der bis jetzt veröffentlichten Fälle und auf Grund ihrer eigenen Beobachtung zum Schlusse, dass das Lymphangioma circumscr., nicht wie die französische Schule (deren Hauptvertreter Besnier) annimmt, vom Blutgefässsystem seinen Ausgang nehme, sondern in Uebereinstimmung mit ausserfranzösischen Forschern (Török, Freudweiler) eine Neubildung von Lymphgefässendothelsträngen von präexistenten Lymphgefässen ausgehend sei. Bei Zusammensetzung der Geschwulst spielt das Blutgefässsystem nur eine untergeordnete Rolle.

Zum Schlusse trennen die Autoren scharf das Lymphangioma circumscr. von ähnlichen Affectionen, von dem Lymphangioma simplex diffusum (Makroglossie), von dem Lymphangioma cysticum und den meist auf entzündlicher Basis oder durch Stauung entstandenen Lymphangiektasien. R. Fischel (Bad Hall).

Hallopeau, H. et **Lafitte.** Deuxiéme note sur une lymphodermie médiane de la face. Annales 1898. Soc. de dermat. et Syphiligr. 18 Avril.

Das Resultat der histologischen Untersuchung eines Hautstückchens von der in der Sitzung vom 10. März vorgestellten Kranken ergibt: die Epidermis sehr verdünnt, das Corpus malpighii nur in seinen oberen Zellenlagen erhalten, die tieferen Schichten derselben degenerirt. Die Papillen verschwunden. Die Bindegewebszüge der Cutis vermisst man ganz. An ihrer statt dicht stehende junge Bindegewebszellen, welche ein feines Netz bilden, und Leukocyten, die in besonders grosser Zahl in den unteren Schichten der Cutis sich finden. Mastzellen. Das Fehlen der Plasmazellen lässt mit grosser Wahrscheinlichkeit Mykosis fungoides ausschliessen. Im Zusammenhang mit der Leukämie der Patientin kann man die Affection als eine leukämische Erkrankung der Haut (Lymphodermie) auffassen. R. Fischel (Bad Hall).

Hallopeau et **Lafitte.** Note sur cas de lymphadénie médiane de la face. Ann. 1898. Soc. de derm. et syphiligr. 10 Mars.

Beginn des Leidens bei der 66jährigen Patientin vor zwei Jahren. Die Nase, die Oberlippe, der untere Theil der Stirn, die Wangen sind von einer lebhaften Röthung und Schwellung eingenommen; die Haut-



furchen und Erhabenheiten sind stärker ausgeprägt als normal, der Uebergang in die gesunde Haut findet allmälig statt. Intensives Hautjucken und lichenoide Knötchen und Eczemherde an verschiedenen Stellen des Körpers vervollständigen das Krankheitsbild. Stellenweise fühlt man eine stärkere Induration, welche dem subcutanen Bindegewebe angehört. Diagnostisch bot die Affection grosse Schwierigkeiten und gestattete dieselbe erst, als man bei der Untersuchung des Blutes 250.000 Leukocyten auf 4,000.000 rothe Blutkörperchen fand. Dazu kam noch die Schwellung der Lymphdrüsen und der Milz, so dass die Diagnose Leukämie feststand und die Hauterkrankung als mit derselben im Zusammenhang stehend angesehen werden musste. Acne hypertrophica, Sarcom, Lupus erythematodes, Rotz und Mykosis fungoides liessen sich ausschliessen.
R. Fischel (Bad Hall).

Gaston et **Émery**. Cyanose des extrémités avec engelures chez un hérédo tuberculeux mikrosphygmique et infantile. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 10 Mars.

Der 16jährige, in seiner körperlichen Entwickelung sehr zurückgebliebene Kranke zeigt auffallend cyanotische und kühle Hände und Füsse. An denselben zahlreiche Frostbeulen. Auffallend ist die Kleinheit des Pulses im Gegensatz zu dem kräftigen Herzschlag. Kein Zeichen einer Herzaffection. Pat. stammt von einer tuberculösen Mutter, ein Bruder zeigt Zeichen von Scrophulose. Die Infection der Mutter kann in utero eine fötale Entarteritis hervorgerufen haben, der jetzt die Aplasie des Gefässsystems entspricht. R. Fischel (Bad Hall).

Balzer, F. et **Mercier,** R. Trophonevrose lichenoide en bande linéaire sur le trajet du nerf petit sciatique. Annales 1898. Soc. de dermat. et syphiligr. 10 Mars.

Längs des nerv. ischiadicus minor eine ca. 1 Cm. breite, bandartige, von der Gefässfalte bis zur Kniekehle reichende Affection, deren Primärefflorescenzen nur an dem Knie deutlich erkennbar rothe, flache, mit fest anhaftenden Schuppen bedeckte juckende Knötchen darstellen. Obwohl Psoriasis und Naevus differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden können, begegnet die Diagnose, mit Rücksicht darauf, dass die Knötchen von dem gew. Typus des Lichen planus abweichen, mit Rücksicht auf das Fehlen der Pigmentation trotz relativ langen Bestandes der Affection, das Fehlen von Efflorescenzen an anderen Hautstellen, und dem Fehlschlagen der Arsentherapie grossen Schwierigkeiten. Trotzdem hält Balzer an der Diagnose „trophoneurotischer Lichen in Bandform“ fest.

Fournier. M. und Jullien, M. haben ähnliche Fälle beobachtet.

Besnier, M. macht aufmerksam, dass der Patient mehrere Hautnaevi trägt. Bei Beurtheilung dieses Falles muss man in Rücksicht ziehen, dass Naevi mit sicher congenitalem Ursprung oft erst vom Patienten beachtet werden, wenn er durch irgend eine Ursache darauf aufmerksam geworden ist, oder wenn dieselben zu wachsen beginnen.

Hallopeau, M. erinnert daran, dass er in der Gesellschaft schon einen zoniformen, erst spät sich entwickelnden Naevus vorgestellt habe.



Brocqn, M. bringt Beispiele von linienförmigen Eruptionen von verschiedenen Hauterkrankungen, und erwähnt einen Fall von bandartigem Lichen, in dem das begleitende Eczem die Diagnose sehr erschwerte. Den vorliegenden Fall hält er für einen „Lichen ruber corné".

R. Fischel (Bad Hall).

Hallopeau, M. Sur un nouveau cas de lichen de Wilson sclereux. Annales 1898. Soc. de dermat. et syphiligr. 18 Avril.

Die Primärefflorescenzen stellen rundliche, weisse, glänzende Flecken dar mit centraler, punktförmiger Depression; nur wenige unter ihnen sind etwas über das Hautniveau erhaben. Intra- und submammär fliessen sie zu grossen, an der Clavicula und am Halse, in der Lumbalgegend zu kleineren Herden zusammen. Es ergibt sich die Frage, ob es sich um einen Lichen planus in regressu oder um einen primären sclerosirenden Lichen handelt. Für die letztere Diagnose spricht der Umstand, dass nicht eine einzige typische Lichenefflorescenz vorhanden ist. Auch das heftige Jucken spricht für einen activen, nicht für einen regressen Charakter des Processes. Auffallend ist die Pigmentlosigkeit und Flachheit der Primärelemente.

R. Fischel (Bad Hall).

Löwenberg, Julius. Ueber Lichen chronicus simplex. Inaug.-Diss. München 1898.

Löwenberg gibt nach den von ihm beobachteten und ausführlich mitgetheilten 10 Fällen folgende Beschreibung von Lichen chronicus simplex. Der Lichen chronicus simplex ist eine Dermatose von ausserordentlicher Chronicität. Jahre lang werden die Patienten von ihrem unerträglichen Hautjucken gequält, das öfters zeitweise verschwindet, um dann von neuem Recidive zu machen. Die Affection selbst bildet Plaques von sehr differenter Grösse, die theils kreisrund, theils länglich oval auftreten; sie ist ausgezeichnet durch Trockenheit, ist ziemlich scharf umschrieben und lässt stets Knötchen erkennen, die, von blassrosa Farbe, bald vereinzelt vertreten zu sein scheinen und zuweilen den Hauptbestandtheil der Affection ausmachen, deren Färbungen zumeist ins schmutzigbraune spielen. Sie befindet sich öfter an mehreren Stellen zugleich; als Hauptlocalisationen sind anzugeben, die Innenseite der oberen und unteren Extremitäten, der Nacken und der Penis. Hervorzuheben sind ferner die stark ausgeprägte Hautfelderung, das rauhe und derbe, meist mehr oder weniger lederartige Gefühl der Affection und die Bildung von Schüppchen. Typisch ist der Beginn der Erkrankung. Die Patienten haben in den meisten Fällen einen heftigen Juckreiz, ohne dass irgend eine Hautveränderung sichtbar ist. Später, nach stärkstem Kratzen, das dem Patienten Beruhigung bringt, treten langsam die geschilderten Hautveränderungen ein." Die Patienten befinden sich meist schon in einem höheren Lebensalter und tragen mehr oder minder Spuren von Nervosität. Therapeutisch wurden versucht: Theerpasten, Zinkleim, Chrysarobin-Traumaticin, innerlich Arsen und ausserdem Gebirgsaufenthalt.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).



Danlos, M. Lichen plan sur une branche nerveuse. Annales 1898. Soc. de dermatologie et de syphiligr. 10 Fevrier.

Die 22jährige Patientin leidet seit 4 Monaten an einem anfänglich nur auf die unteren Extremitäten beschränkten Lichen planus. Längs des ischiadicus minor in bandartiger Anordnung Licheneffiorescenzen bis zur Kniekehle reichend. Keine Sensibilitätsstörungen an der unteren Extremität, nur hie und da Krämpfe und dumpfe Schmerzen.

Thibierge, M. stellt den nervösen Zusammenhang in Frage, da es sich um blosse zufällige Superposition der Efflorescenzen über den betreffenden Nerven handeln könne. R. Fischel (Bad Hall).

Perrin, L. Fibromes souscutanés du prépuce. Annales 1898. Soc. de dermat. et syphiligr. 10 Mars.

Das äusserst seltene Vorkommen der Fibrome am Präputium rechtfertigt die Vorstellung des Falles. Die histologische Untersuchung der excidirten Geschwülstchen bestätigt die klinische Diagnose.

R. Fischel (Bad Hall).

Audry. Ueber die epitheliale Natur der Naevuszellen. Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XXX.

Audry bildet das Photogramm eines Schnittes von einem Naevus ab, welches die epitheliale Abkunft der Naevuszellen in mit Safranin gefärbten Flemmingpräparaten darstellt, die für ihn ausser jedem Zweifel steht.

Ludwig Waelsch (Prag).

Buri, Th. Ein Fall von Naevus verrucosus linearis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. Bd. XXIX.

Bei dem 16jährigen Gymnasiasten trat der Naevus angeblich im zweiten Lebensjahre auf. Auf einer thalergrossen Fläche der r. Wange finden sich zahlreiche, röthliche, ganz feine hornige Auswüchse, vereinzelt oder gruppirt. Von hier zieht ein Ausläufer solcher Auswüchse gegen den rechten Mundwinkel, ein zweiter, strichförmig gegen den äusseren r. Augenwinkel setzt sich parallel dem Lidrand auf dem oberen Augenlid gegen den inneren Augenwinkel fort, dann über die Stirn fast bis zur Haargrenze; ein dritter am Hals im Winkel zwischen Unterkiefer und m. Sternocleidomastoideus; ein vierter Ausläufer zieht als feine Linie kaum sichtbarer Rauhigkeiten gegen das rechte Ohrläppchen, dessen vordere und hintere Fläche zahlreiche Papillome trägt. Der Naevus soll im Grossen und Ganzen stets dasselbe Aussehen dargeboten haben. Verfasser hält diesen Fall für geeignet, die Theorie Philippsohns zu unterstützen, nach welcher gewisse Naevi lineares dem Laufe der Voigt'schen Grenzlinien folgen sollen. Ludwig Waelsch (Prag).

Galezowski. Naevus congénital sous forme de couperose occupant la face, le front et le cuir chevelu, avec Buphthalmie monoculaire. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 10 Mars.

Interessant ist, dass bei dem neun Monate alten Kinde (schwere Zangengeburt), sich auch an der Choriodea des l. buphthalmischen



Auges circumscripte, etwas dünkler gefärbte Herde finden, die wahrscheinlich congenitale Naevi darstellen.

Fournier, M. hält die Affection für eine congenitale Degeneration, welcher Natur, lässt er dahingestellt. R. Fischel (Bad Hall).

Gaston et **Émery**. Taches pigmentaires variqueuses naeviformes. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 10 Fevrier.

Der vorgestellte 32jährige Kranke bietet nebst dem Bilde von an den beiden unteren Extremitäten hochgradig entwickelten Varicositäten auf der Haut beider Fussrücken gelegene, aus dem Zusammenfluss kleinerer Pigmentflecken im Laufe von 4—5 Jahren entstandene grössere hyperästhetische Pigmentherde dar, die histologisch das Bild der Pigmentnaevi zeigen. Handelt es sich um im späteren Alter erfolgte Bildung von Pigmentnaevi oder um Bildung von varicösen, capillären Teleangiektasien? Bei dem tuberculös belasteten neuropathischen Individuum kam es durch einen im 9. Lebensjahr durchgemachten Typhus zu einer Alteration der Venenwand, wodurch sich die kolossalen Varicositäten entwickelten. Im Anschluss an die Erweiterung der Capillaren ist das Bindegewebe an Stellen, wo es schlecht ernährt war, atrophirt, so dass naevusartige Bildungen entstanden. Jedenfalls ist der Einfluss von Infectionskrankheiten auf die Störungen in der Entwicklung der Venenwände hervorzuheben.

R. Fischel (Bad Hall).

Foster, B., St. Paul. Ein seltener Fall von einem angeborenen multiplen Naevus pigmentosus. Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. März 1899.

Der Fall betrifft einen kräftigen, gut entwickelten 21jährigen Schweden, der das enorm ausgebreitete Pigmentmal mit zur Welt brachte. Dasselbe nimmt die ganze Rückenfläche ein, ist glatt und flach, mehrfach von tiefen Furchen durchzogen und nur an wenigen Stellen auch Haarbüschel tragend. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine mässig verdickte Epidermis; ein enorm verlängertes und vielfach vernetztes Rete malpighii. In diesem Netzwerke des Papillarkörpers befinden sich allenthalben abgeschnürte, runde Zellmassen, deren Zellen ovale stark gefärbte Kerne enthalten. Weiter in der Tiefe begegnete Verf. zwischen den Bindegewebsbündeln zumeist horizontale Epithelsäulen, welche aus dicht gelagerten, kleinkernigen, länglichen Zellen bestehen. Noch tiefer in der Cutis sind die Zellen in lockeren Massen angeordnet, mit grossen Kernen versehen und tragen hier ein deutlich carcinomartiges Gepräge. Pigment ist unregelmässig zerstreut durch alle Partien. Die Lymphräume der Cutis erscheinen enorm erweitert. — Endothelproliferation besteht jedoch nur in den Bindegewebszellen. Drüsengänge waren nicht zu finden. Es handelte sich demnach in diesem Falle um Epithelioma und Akanthose. Beck (New-York).

Gilchrist, C. T., Baltimore. Sind die aus Pigmentmälern entstehenden bösartigen Neubildungen carcinomatöser oder sarcomatöser Natur? Bericht über zwei Fälle und Studie über

die **Histogenese der Pigmentmäler. Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. März 1900.**

Gegen die von Virchow und Anderen vertretene Ansicht, wonach die Muttermäler endothelialen oder bindegewebigen Ursprunges seien, ist bekanntermassen Unna ins Feld getreten, und in 92 behauptete er, dass dieselben von der Epidermis abstammen. Zwei Beobachtungen und daran geknüpfte gründliche histologische Untersuchungen Gilchrist's scheinen die Anschauung Unna's zu bekräftigen. Im ersten Falle des Verf. handelte es sich um einen kräftigen, stets gesunden, 58jährigen Neger, der vor 4 Jahren hinter der Wurzel der zweiten rechten Zehe einen winzigen, sehr schwarzen Fleck beobachtete, welcher sehr langsam wuchs und härter wurde. Das für ein Hühnerauge gehaltene Gebilde wurde wegen scheinbarer Belästigung eines Tages mittelst eines Rasiermessers abgetragen, wobei sich eine wässerige Flüssigkeit entleerte. Hierauf stellte sich rasche Rückbildung und Wachsthum, wie auch bald allgemeine Metastasenbildung ein. Kopf und dessen Schleimhäute blieben verschont. Lymphdrüsenschwellungen waren nirgends nachweisbar. In Folge zunehmender Cachexie starb Patient nach einigen Monaten. Die Diagnose wurde auf „Melanosarcomata" gestellt. Der mikroskopische Befund ergab in allen von verschiedenen Stellen entnommenen Schnitten ein fast normales Verhalten der Epidermis und des Còrium, mit Ausnahme jener Partien, woselbst die subcutan entstandenen Knötchen in ihrem Wachsthum nach oben das Corium und die Epidermis secundär in Mitleidenschaft gezogen haben. Die Structur der Knötchen bestand fast ausschliesslich aus Epithelzellen. Der zweite Fall betraf einen jungen Arzt, bei dem vor 7 Jahren unter dem linken Auge ein langsam wachsendes, hässliches Pigmentmal sich entwickelte, welches nach einem zufälligen Kratzen desselben sich etwas rascher vergrösserte. Der Verf. wurde consultirt und diagnosticirte Epitheliom. Die Neubildung wurde hierauf gründlich entfernt. Der Pat. befindet sich sehr wohl und hat keine Recidive, obschon ein Jahr verstrichen ist. In diesem Falle ist der epidermale Ursprung der Neubildung von vorneherein erkannt und mikroskopisch bestätigt worden. Beck (New-York).

Schmidt. Plötzliches Ergrauen der Haare. (Virchow's Archiv 1899, Bd. CLVI.)

Es handelt sich um einen 36jährigen Mann. Vor 8 Jahren war derselbe in grösster Gefahr von einem Eisenbahnzuge überfahren zu werden. Tags darauf bemerkte man zwei umschriebene graue Stellen in seinem Haare. Die Angaben werden von der Frau des Patienten vollinhaltlich bestätigt. Fritz Porges (Prag).

Saalfeld. Beitrag zur Lehre von der Alopecia praematura. (Virchow's Archiv 1899, Bd. CLVII.)

Der Verfasser hat die Lassar'schen Versuche nachgeprüft (Verreiben der Haare auf Kaninchenhaut) und hat das Auftreten von Kahlheit an diesen Stellen nur in wenigen Fällen gesehen; er hält in diesen Fällen das mechanische Moment für die Ursache. Die bakteriologische



Untersuchung der Haare ergab in einigen Fällen kurze abgerundete, nach Gram entfernbare Stäbchen, in einigen Fällen kleine, nach Art der Diplococcen angeordnete grambeständige Coccen.

Fritz Porges (Prag).

Lassar. Ueber Alopecia areata. (Derm. Zeitschr. 1900, Heft 5.)

Bericht für den IV. internationalen dermatologischen Congress zu Paris, August 1900. Siehe daselbst. Fritz Porges (Prag).

Giovannini. Zwei Fälle von Alopecie nach dem Gebrauch von Thalliumacetat. (Dermatol. Zeitschr., Bd. VI, 1899.)

Das Präparat wurde bei zwei tuberculösen Personen zur Bekämpfung der Nachtschweisse angewendet. Die Patienten verloren beinahe ihre sämmtlichen Körperhaare. Der erste Fall ging an Phthisis pulmon. zu Grunde; im zweiten Falle wuchsen sämmtliche Haare nach. Der Bulbus der ausgefallenen Haare war athropisch; an einem excidirten Hautstück fand sich keine pathologische Veränderung. Der Verf. erwähnt 6 gleichartige Fälle aus der Literatur. Fritz Porges (Prag).

Bowen, J. F., Boston. Zwei Epidemien von Alopecia areata in einem Mädchenasyl. Journal of cutaneous and genitourinary diseases. September 1899.

Bowen berichtet über zwei genau verfolgte Epidemien dieser Erkrankung, welche innerhalb eines in Boston central gelegenen Asyls junger Mädchen aufgetreten ist. Der erste Fall trat bei einem 11jährigen Mädchen auf, das seit 8 Jahren dem Institute angehörte und bei dem mehrere, dem klinischen Bilde der Alopecia areata entsprechende kahle Haarstellen entdeckt wurden. Innerhalb einiger Wochen sollen 63 Kinder von einer Gesammtzahl von 69 Insassen in ähnlicher Weise behaftet worden sein. Die Plaques waren zumeist irregulär, eckig und von kleiner Ausbreitung. Nach Verlauf von 2 Monaten begann frischer Haarwuchs und nach 6 Monaten waren bloss wenige kahle Stellen zu verzeichnen. Das zuerst erkrankte Mädchen verliess das Institut und war 6 Jahre abwesend, während welcher Zeitperiode sie höchstwahrscheinlich nicht ganz frei von der Affection sein konnte; denn einige Wochen nach ihrer Wiederaufnahme sind wieder 26 Kinder an dem Leiden erkrankt. Charakteristisch für diese epidemisch auftretenden Fälle erwies sich die Eigenthümlichkeit der Plaques, klein, unregelmässig, eckig sich zu gestalten; ein Umstand, welcher nach Angabe des Autors von anderen Beobachtern auch bestätigt wurde. Beck (New-York).

Leslie, Roberts. Hypertrophy of arm, forearm and hand following ulcerative lesions on the hand. (British Journal of Dermatology 1900.)

Bei der derzeit 16jährigen Patientin waren im Alter von nicht ganz 14 Jahren langdauernde Geschwüre an der linken oberen Extremität aufgetreten, die allmälig eine elephantiastische Entwicklung dieser Extremität zur Folge hatten. Die Muskeln waren, wie Verfasser nach einer Prüfung mit dem Dynamometer annehmen zu können glaubt, von



dieser Hypertrophie nicht ergriffen worden. Verfasser ist geneigt, diesen Process für eine „Pseudohypertrophie" anzusehen. Robert Herz (Prag).

Unna. Infiltration der Akanthose? **Monatsheft f. prakt. Dermat., Bd. XXIX.**

Unna wirft die Frage auf: Haben wir es an den verdickten Hautstellen Eczematöser und Psoriatiker mit einer zelligen Infiltration zu thun, welche in der Cutis sammt Papillarkörper ihren Sitz hat oder mit einer Verdickung der Stachelschichte des Epithels, oder mit beiden? Er beantwortet diese Frage dahin, dass die mikroskopisch nachweisbare, zellige Infiltration der Lederhaut wohl in fast allen Fällen besteht, aber sehr gering ist, während die klinisch tastbare Härte mit der stets vorhandenen Akanthose im befriedigenden Verhältnisse steht. Diese Härte kommt bei den nässenden und trockenen Hautkatarrhen zu Stande durch Zunahme der fasertragenden Stachelschicht. Daraus ergibt sich für die Therapie, dass eine Abschälung der verdickten Oberhaut mit der Schälpaste rascher und besser zu Resultaten führen muss, als die bisher verwendeten erweichenden, antieczematösen Mittel. Er verwendet eine starke Schälpaste (Pastae zinci, Resorcini aa 40·0 Ichthyoli, Vaselini aa 10·0) und eine schwächere für grosse Flächen (Pastae zinci 60·0, Resorcini, Vaselini aa 20·0). Diese Schälcur wird neben den gebräuchlichen antieczematösen Mitteln verwendet. Ludwig Waelsch (Prag).

Falkenburg, Carl. Ueber Molluscum contagiosum. Inaug.-Diss. München 1898.

Auf Grund eigener Krankenberichte und Untersuchungen, sowie auf Grund der Beobachtungen Anderer, glaubt Falkenburg mit Bestimmtheit den Schluss ziehen zu dürfen, dass es sich beim Molluscum contagiosum in der That um eine contagiöse Affection handelt, und dass der positive Beweis, der für die Annahme einer parasitären Natur des Molluscum contagiosum noch zu erbringen ist, für die Contagiosität geliefert ist und zwar nicht zum geringsten Theil durch die erfolgreichen Ueberimpfungen von Retzius und Pick.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Gilchrist, T. C., Baltimore. Elf Fälle von Porokeratosis (Mibelli) in einer Familie. Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. April 1899.

Gilchrist verfügt gegenwärtig über 11 Fälle dieser seltenen Erkrankung, welche von Mibelli Porokeratosis, von Respighi Hyperkeratosis excentrica benannt wurde. Der Verf. liefert eine genaue klinische und histologische Beschreibung seiner Serie von 11 Fällen. Eine beigefügte genealogische Tafel macht es ersichtlich, dass sämmtliche Fälle von 4 Generationen derselben Familie sich recrutiren. Die Resultate der histologischen Untersuchungen lassen sich in den folgenden Punkten zusammenfassen: 1. Es besteht eine wahre Hyperkeratose, welche augenscheinlich bald in den tieferen Partien der Hornschichte, bald im Stratum mucosum beginnt; 2. die primären Veränderungen entwickeln sich am häufigsten um die Schweissporen und in dem epidermalen Abschnitte der



Schweissdrüsengänge. Einzelne Läsionen begannen um die Mündung der Haarfollikel; während in anderen Präparaten ein gleichzeitiges Befallensein benachbarter Schweissporen und Haarfollikel zu beobachten war; 3. einzelne Schnitte, namentlich die von den Ohrläsionen präsentirten beinahe das Bild einer milden Keratosis follicularis; 4. wenn die Läsion den Durchmesser von 1 Mm. erreicht hatte, wird die Centralpartie fester, dichter und in Folge dessen gegenüber der Peripherie vertieft; 5. die centrale Partie einer Läsion zeigte eine deutliche Atrophie des Stratum mucosum; 6. ausgesprochen sind die Veränderungen des Coriums schon in der Frühperiode jeder Primärläsion, wobei grosse Lymphzellenlager unterhalb der hyperkeratotischen Partie sich bilden. Auch sind die Blut- und Lymphgefässe in den oberen Schichten auffallend erweitert; 7. während in einer Anzahl von Läsionen die Schweissdrüsen und deren Gänge ganz normal erschienen, war in anderen der ganze Schweissapparat beträchtlich erweitert. Stellenweise konnte man sogar nebst Atrophie sclerotischen Veränderungen begegnen; 8. in einigen Präparaten hat die Hyperkeratose nicht nur den folliculären Theil, sondern auch die Acini der Talgdrüsen ergriffen; 9. die Krankheit ist von keinen entzündlichen Erscheinungen begleitet; 10. Mikroorganismen liessen sich nicht nachweisen. Die wichtigsten Merkmale aller Fälle lassen sich in den folgenden Punkten zusammenfassen: 1. Bloss ein Fall war bisher in der amerikanischen Literatur berichtet worden. (Die Publication des Falles Wende's erfolgte 18 Monate nach der ersten Mittheilung des Verfassers.) 2. Die Vertheilung und der Charakter der Läsionen aller Fälle entspricht vollständig der Beschreibung anderer Beobachter. 3. Rückfälle ereignen sich selbst nach gründlicher Curettage und Silberätzung. 4. Die klare Beobachtung von Primärläsionen, wie auch excurrirender Efflorescenzen. 5. Das Auftreten der Eruption bei 11 Mitgliedern derselben Familie, in deren 4 Generationen. Mangel jedweder Contagiosität beweist den hereditären Charakter der Erkrankung. 6. Die Affection beginnt als eine folliculäre Hyperacanthosis im Rete malpighii; befällt häufiger die Schweissporen. Später entwickelt sich eine Hyperkeratosis. Auffallende Veränderungen treten auch im Corium auf, wie Lymphzellenanhäufung, Erweiterung der Blut- und Lymphgefässe. 7. Viele isolirte Läsionen wurden durch Elektrolyse geheilt. Beck (New-York).

Buchanzeigen und Besprechungen.

Proksch, J. K. Die Literatur über die venerischen Krankheiten von den ersten Schriften über Syphilis aus dem Ende des 15. Jahrhunderts bis zum Beginn des Jahres 1899. Supplementband I. Peter Haustein, Bonn.

Der neuerschienene Band des ausgezeichneten und grossangelegten Werkes von Proksch ist schon im 1. Hefte des LV. Bandes dieses Archivs kurz angekündigt worden. Wenn auf denselben hier an dieser Stelle neuerdings aufmerksam gemacht wird, so geschieht dies, um dadurch jene Anerkennung zum Ausdrucke zu bringen, welche Proksch für sein umfassendes Werk verdient. Der vorliegende Band enthält die Literatur von 1889—1899 und Nachträge aus früherer Zeit. Er zeugt von dem immensen Fleiss und der gründlichen Literaturkenntniss, mit der Verf. alles Einschlägige berücksichtigt, und so den vorliegenden Band, wie die früheren Bände, zu einem für den Syphilodologen unentbehrlichen Werke gestaltet hat. Ludwig Waelsch (Prag).

Jarisch, A. Die Hautkrankheiten. (Aus Specielle Pathologie und Therapie herausgegeben von H. Nothnagel. XXIV. Band.) Alfred Hölder. Wien 1900.

Die classische Lehre der Hautkrankheiten Ferdinand Hebra's durch die modernen Anschauungen zu verjüngen, war gewiss eine schwierige Aufgabe, und Niemand war eher dazu berufen als ein Schüler Hebra's. Jarisch hat diese Aufgabe ausgezeichnet gelöst. Sein Werk wenn ich es so nennen darf: ein dermatologischer Euphorion, hält den goldenen Mittelweg ein zwischen der „antiken", classischen und der modernen Wissenschaft.

Abgesehen von allem Anderen hatte die auf pathologisch-anatomische Basis gestellte Lehre Hebra's den Vorzug der Einfachheit und Klarheit, welche leider neuerdings etwas verloren gegangen ist, in vielen relativ einfachen Dingen derart, dass erst mündliche Aussprachen auf Congressen im Stande sind, eine Verständigung herbeizuführen. Mag dies nun daher kommen, dass viele Beobachtungen von Fällen und viele Untersuchungsresultate zu früh publicirt werden, oder dass die Autoren



die stark angeschwollene Literatur nicht mehr übersehen können, oder dass sie zu sehr specialisiren, Thatsache ist, dass die dermatologische Nomenclatur eine enorme und verwirrende geworden ist. Jarisch hat nun zu sehr ins Einzelne Gehendes meist im Kleindruck oder in hypothetischer Form angeführt, z. Th. ganz aus dem Texte weggelassen. Dies namentlich bei Besprechung der Eczem- und Pemphigusfrage. Vielleicht hätte er in der Vereinfachung der Nomenclatur noch einen Schritt weiter gehen können, denn gerade unsere Universitätslehrer und Autoren der Lehrbücher sind in erster Reihe dazu berufen, hier Wandel zu schaffen.

Durch die Klarheit in der Schilderung, durch die Vereinfachung der Krankheitsbilder und der Nomenclatur hat Jarisch es auch dem praktischen Arzt und dem Studierenden ermöglicht, sein Buch zu lesen und zu verstehen. Und dies halten wir für einen besonderen Vorzug, denn die Dermatologie soll nicht ausschliesslich den Dermatologen, sondern der ganzen Medicin zugehören, und nur so kann sie vollbefruchtend wirken. Dass der Verfasser, um diesen Zweck zu erreichen, vieles Unwesentliche aus der Literatur nicht aufgenommen hat, kann nur gebilligt werden. Manche noch nicht ganz sicher fundirte Anschauungen finden wir freilich, wenn auch kritisch beleuchtet, ausführlich in eigenen Capiteln abgehandelt, so die Unna'sche Lehre vom Eczema seborrhoicum. In anderen Fragen, beispielsweise in der Purpurafrage und derjenigen der Acne necrotica, hätten wir vielleicht etwas mehr Generalisirung statt Specialisirung erwartet.

Am schwierigsten ist es wohl heutzutage für einen Dermatologen den therapeutischen Theil eines Lehrbuches zu schreiben. Ein hervorragender Kliniker äusserte einst zum Referenten, dass wohl nur ein jugendlicher Dermatologe genug Begeisterung besitze, um eine Therapie zu schreiben. Jarisch aber hat gezeigt, wie ungemein werthvoll es ist, wenn gerade erfahrene Hautärzte ihre therapeutischen Anschauungen schriftlich niederlegen. Wenn wir freilich das Wiedersehen mit einzelnen alten, guten Bekannten, wie beispielsweise mit dem unübertrefflichen Theer, dem Liquor carbonis detergens, mit Freuden begrüsst hätten, so dürfen wir doch den therapeutischen Theil des Werkes als besonders gelungen bezeichnen, weil sich auch hier die treffliche Kritik des Autors zeigt, der aus der Menge der Mittel und der Methoden mit sicherer Hand zu wählen versteht. Wir können feststellen, dass wir principiell in fast allen Punkten mit dem Verfasser übereinstimmen. Dass jeder einzelne Dermatologe in der Technik und in der Wahl der Medicamente in vielen Fällen seine eigenen Wege geht, ist leicht verständlich. Es kommt hierbei auch auf die Sorgfalt an, welche er auf die Methode verwendet. So verhält es sich, um nur ein Beispiel anzuführen, mit der intravenösen Anwendung des Arseniks, die der geschätzte Verfasser sicher nicht verwerfen würde, wollte er näher auf dieselbe eingehen.

Aus dem Erörterten erhellt, dass das Werk Jarisch's unter den einigermassen ausführlichen dermatologischen Lehrbüchern eines der allerbesten ist und vollkommen auf der Höhe der Zeit steht. Die Ausstattung ist sehr gut. Auf Abbildungen von Krankheiten hat Verfasser

verzichtet, dagegen so reichlich mikroskopische Bilder dem Texte beigefügt, dass auch derjenige, welcher nicht selbst histologische Untersuchungen ausführt, sich zu orientiren im Stande ist.

„Und hat mit diesem guten, ernsten Ding
Der Klugerfahr'ne sich beschäftigt,
So ist fürwahr die „Weisheit“ nicht gering,
Die seiner sich am Schluss bemächtigt.“

Karl Herxheimer (Frankfurt a. M.).

Lesser, Prof. Dr. E. Berlin. Encyklopaedie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. F. C. W. Vogel. Leipzig 1900. Preis 30 M.

Die vorliegende Encyklopaedie ist ein Theil der von der Verlagsbuchhandlung Vogel veranstalteten und zum grossen Theil schon erschienenen Encyklopaedien der Gesammtmedicin. Es ist dies ein Unternehmen, das sich würdig anreiht den grossen medicinischen Real-Encyklopaedien, die so rasch Eingang in die medicinische Lesewelt fanden und vielleicht den Wunsch wachriefen, auch für die einzelnen Specialdisciplinen in grösserer Ausführlichkeit von einander unabhängige Special-Encyklopaedien zu schaffen. Das vorliegende Werk wendet sich hauptsächlich an den grossen Kreis der beschäftigten Praktiker, denen es ein bequemes Nachschlagebuch zum Zwecke rascher Orientirung in einem dem Leser vertrauten Gebiete werden soll, ohne aber ein Lehr- oder Handbuch zu ersetzen.

In seinem grossen Umfange sorgfältig redigirt, so dass Widersprüche und Wiederholungen sorgfältig vermieden sind, ist hier, Dank und trotz der grossen Zahl von 42 bewährten Mitarbeitern, bei richtiger Begrenzung des Stoffes nach der positiven, wie negativen Seite hin, das Wissenswerthe in einheitlicher Weise dem heutigen Standpunkte unserer Wissenschaft entsprechend dargestellt. Ein Vorzug in der Behandlung des Stoffes ist dadurch erzielt, dass innerhalb des ausgedehnten Gebietes im Einzelnen vielfach gerade denjenigen Autoren die besonderen Abschnitte zugewiesen wurden, von denen es bekannt war, dass sie gerade auf diesem Gebiete eine specielle Erfahrung besitzen.

So hat Neisser mit seinem Artikel über Eheconsens eine ungemein werthvolle Arbeit geliefert; Blaschko zeigt sich auch in der Beschränkung des zugewiesenen Raumes als ein Meister des Wortes, der in seiner Abhandlung über Eczem das Wesentliche scharf herausarbeitet und in präciser Weise gerade mit Rücksicht auf den Praktiker das Thema erschöpfend bearbeitet. Finger verräth auch hier in seiner Bearbeitung der Gonorrhoe die klare Diction und aus der Feder Jadassohn's stammen ausgezeichnete Artikel über Arznei-Exantheme, Prurigo und Tuberculose der Haut. Nicht unerwähnt können wir die zahlreichen guten Artikel von Paschkis über die einzelnen Arzneipräparate lassen, die man sonst nicht so leicht und so klar in einem Lehrbuche beschrieben



findet. Es wären noch sehr viele trefflich gearbeitete Artikel zu nennen, die in gedrängter, aber die Materie vollständig beherrschender Darstellung alles Wesentliche und Wichtige beachteten.

Im Gegensatze hiezu können wir nicht einige Mängel und Unvollständigkeiten des Werkes unerwähnt lassen. Es erscheinen die Grenzgebiete unserer Specialdisciplin und die wissenschaftliche Seite bisweilen zu sehr vernachlässigt. Der Praktiker hat auch ein Interesse sich über praktische biologische Fragen zu unterrichten und da vermissen wir vollständig die Berücksichtigung der Bakteriologie bei den zahlreichen parasitären Hauterkrankungen, so zum Beispiel scheinen die Untersuchungen Spietschka's u. A. über das Mikrosporon furfur und das bakteriologische und culturelle Verhalten anderer Pilze ganz unberücksichtigt. Es ist nicht einmal eine Färbemethode des Pilznachweises zu finden, die für den Praktiker so nothwendig erscheint.

Auch das Grenzgebiet der Urologie vermissen wir, so z. B., dass die Cystoskopie im ganzen Werke kaum erwähnt wird, während ein sehr guter Artikel von Janovsky die Endoskopie ausführlich behandelt. Demgemäss können wir uns auch mit der Abhandlung über Cystitis und Haematurie nicht befreunden, welche nur die gonorrhoische Form behandelt und jede Andeutung einer Differentialdiagnose gegenüber anderen Formen, wie Tuberculose u. s. w. vollständig ausser Acht lässt. Auch im rein klinisch praktischen Theile fallen einige Artikel durch ihre Unvollständigkeit auf, so empfinden wir es direct als einen Mangel, wenn beim Artikel Acne weder in der Aetiologie die Beziehungen dieser Erkrankung zu Allgemeinerkrankungen noch in der Therapie diätetische Vorschriften Erwähnung finden. Gerade bei dieser praktisch so wichtigen Krankheitsform ist die allzugrosse Kürze nicht angebracht und wir müssen gestehen, dass in jeder die Gesammtmedicin behandelnden Encyklopaedie die Acne ausführlicher und vollständiger bearbeitet ist, insbesonders die hier so wichtigen Einzelheiten der Therapie grössere Würdigung finden.

Im Rahmen dieses Bandes ist trotz mancher Fehler und Mängel darstellerisch und inhaltlich das Beste und Möglichste geleistet und sei dies auch gebührend anerkannt. Das Buch, welches den modernen Bestrebungen Rechnung trägt, wird sich sicher viele Freunde erwerben.

Die Ausstattung des Buches ist eine ausgezeichnete.

Dr. Victor Bandler (Prag).

Notthaft, Dr. Albrecht Freiherr von, und **Kollmann,** Dr. Arthur. Die Prophylaxe bei Krankheiten der Harnwege und des Geschlechtsapparates (des Mannes), (Nobiling-Jankau, Handbuch der Prophylaxe, Abtheilung XI, München 1901, Verlag von Seitz & Schauer).

Das vorliegende Büchlein ist als XI. Abtheilung des von Nobiling-Jankau herausgegebenen Sammelwerkes „Handbuch der Prophylaxe" erschienen und von den Verfassern in übersichtlicher Weise in

einen allgemeinen und speciellen Theil gegliedert worden. Der erste Theil, die „allgemeine Prophylaxe" bespricht die Erkrankungen der Nieren, geht dann auf die Besprechung der Prostitution über, wobei die im Kampfe gegen dieselben angewendeten Mittel einer eingehenden Erörterung unterzogen werden. Nach Ansicht der Verfasser darf dieser Kampf nicht gegen die Prostituirten und Bordellwirthe geführt werden, sondern soll gegen „Nachfrage und Angebot" gerichtet sein und zwar durch den Einfluss der Religion, Erziehung und wissenschaftliche Aufklärung des Volkes. Bei der Controle der Prostituirten kommen drei Factoren in Betracht, der administrative, — dessen Hauptzweck die Ausrottung der geheimen Prostitution sein muss, — der medicinische und schliesslich der strafrechtliche.

Bezüglich der geschlechtskranken Männer stellen die Verfasser die Forderung auf, dass dieselben vor Eingehen der Ehe einer sorgfältigen Untersuchung unterzogen werden sollen, ferner, dass, wo dies durchführbar erscheint — wie bei Heer und Marine und vielleicht auch in Fabriken —, periodisch wiederkehrende Untersuchungen vorzunehmen seien. Den niederen Volksschichten insbesondere soll schliesslich die kostenlose Ausheilung durch reichliche Einrichtung von Districtspolikliniken in den grösseren Städten ermöglicht werden, in denen die ärztliche Untersuchung besonders des Abends vorgenommen werden solle, damit der Arbeiter nicht Arbeitszeit und damit seinen Lohn einbüsse.

Der specielle Theil befasst sich eingehend mit der Prophylaxe bei den einzelnen Erkrankungen des männlichen Genitalsystems und zw. des äusseren Genitales, der Urethra, Blase, Harnleiter und Nieren, Prostata, Samenblasen, Hoden und Nebenhoden. Die Urogenitaltuberculose erfährt in einem Anhang eine gesonderte Besprechung, ebenso auch die nervösen Erkrankungen des Urogenitaltractus.

Das Büchlein kann in seiner kurzen und dabei recht gründlichen Zusammenfassung aller prophylaktischen und zugleich vieler therapeutischer Momente nicht nur dem Specialisten für Geschlechtskrankheiten, sondern jedem praktischen Arzte auf's Wärmste empfohlen werden.

Robert Herz (Prag).

Hofmann, Dr. Carl, Ritter von. Die moderne Therapie der Cystitis. (Verlag von Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1901.)

In gründlicher Berücksichtigung einer sehr umfangreichen einschlägigen Literatur und gestützt auf die eigenen Erfahrungen auf diesem Gebiete unternimmt es der Verfasser, die wichtigsten Behandlungsmethoden der Cystitis zusammenzustellen und zu besprechen.

Zur besseren Uebersichtlichkeit gliedert er den vorliegenden Stoff in einzelne Capitel, in denen er die locale, medicamentöse, resp. operative Therapie bei acuter und chronischer Cystitis, insbesondere auch der speciellen Cystitisformen (wie tuberculöser, gonorrhoischer Cystitis, Cystitis bei Harnröhrenstricturen, Prostatahypertrophie, Blasentumoren etc.) einer



genauen Erörterung unterzieht. Er lässt die einzelnen Medicamente resp. Behandlungsmethoden Revue passiren, bespricht ihre Vorzüge oder Fehler, indem er zugleich darauf Werth legt, die in den Arzneimitteln wirksamen Substanzen und die Art ihrer Wirkung hervorzuheben. Von recht praktischem Werthe sind die vom Verfasser gegebenen Winke in Bezug auf Zubereitung und Aufbewahrung verschiedener Mittel, sowie die grosse Zahl von zum Theil vom Verfasser selbst zusammengestellten erprobten Recepten, wodurch das empfehlenswerthe Büchlein seiner Aufgabe, die Therapie der Cystitis in erschöpfendster Weise mitzutheilen, in jeder Beziehung gerecht wird. **Robert Herz** (Prag).

Varia.

Zur Controverse der Herren Leven und Scholtz. Nachdem von beiden Seiten die Anschauungen über die strittige Frage zur Genüge auseinandergesetzt wurden, erklären die Herren Leven und Scholtz, dass sie die Controverse als abgeschlossen betrachten. Beide Parteien halten an den von ihnen vertretenen Anschauungen fest, beide stellen es weiteren Untersuchungen anheim zu klären, welche Anschauung die richtige ist.

P.

Personalien. Ernannt wurden die geschätzten Mitarbeiter dieses Archivs u. zw. der Privatdocent Dr. E. Kromayer zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät zu Halle a. S.; der ausserordentliche Professor und Vorstand der dermatologischen Klinik an der Universität Leipzig Dr. August Riehl zum ordentlichen Honorarprofessor daselbst.

P.

Originalabhandlungen.



Ueber spontane multiple Keloide.

Von

Prof. Dr. **Wladislaw Reiss,**
Vorstand der dermatologischen Klinik in Krakau.

(Hiezu Taf. XVI—XVIII.)

Multiple spontane Keloide gehören ganz gewiss zu den äusserst seltenen Hautkrankheiten. Nach Angabe von Schütz, dessen werthvolle Arbeit als bedeutender histologischer Beitrag zur Kenntniss echter Keloide allgemein bekannt ist, kommt ein wahres Keloid auf 2000 bis 6000 Fällen von Hautkrankheiten. Obwohl ich seit Jahren über ein ziemlich bedeutendes klinisches Material verfüge, sah ich erst im Ganzen zwei Fälle wahrer Keloide und in diesem Jahre war ich in der Lage, einen höchst seltenen Fall von multiplen, spontanen Keloiden fast der ganzen allgemeinen Decke zu beobachten und sowohl in klinischer wie auch in histologischer Richtung zu studiren, dem, soweit mir die einschlägige Literatur bekannt ist, nur der allgemein bekannte Fall von de Amicis (I. Internationaler Congress der Dermatologen 1889) an der Seite gestellt werden könnte.

Am 5. Juli erschien im klinischen Ambulatorium ein zwölfjähriges Mädchen mit einer ganz eigenthümlichen Hauterkrankung. Das Mädchen ist eine Waise und vermag über die Entstehung und den Verlauf ihrer Dermatose nur äusserst spärliches zu berichten. Eine Verwandte, welche das Kind zu sich nahm und mit ihm im Ambulatorium erschien, war auch nicht im Stande, Näheres über die Krankheit zu erzählen, da das Mädchen bereits mit einem ausgebildeten Exanthem, welches sonst gar keine wahrnehmbaren Symptome zur Folge hatte, in ihre Obhut gelangte. Das Mädchen kann sich nur erinnern, dass schon vor zwei Jahren einige



derbe Knötchen auf der allgemeinen Decke zum Vorschein kamen, dass sie sich aber erst im letzten Jahre wesentlich vermehrten, so dass das Exanthem, welches anfangs nur an den Extremitäten auftrat, im letzten Winter auch die Haut am Thorax und Abdomen theilweise bedeckte. Das Kind konnte auch angeben, dass die Eruptionsperiode einzelner Knötchen einen wesentlich langsamen Verlauf zeigte, beispielsweise die Papeln an den Händen, welche von Patientin beobachtet wurden, einige Wochen brauchten, um zu voller Entwicklung zu gelangen. Das Mädchen will immer gesund gewesen sein und gar keine Infectionskrankheiten durchgemacht haben. Die Aeusserungen der alten Verwandten können der Anamnese der ersten Kinderjahre nicht das geringste beitragen. In der Richtung von irgend einer hereditären Belastung ist nichts nachzuweisen. Keine luetischen Erscheinungen. Menses haben sich bisher noch nicht eingestellt.

Status praesens: Aniela Bogdan aus Krakau, 12 Jahre alt. Patientin ist zart gebaut, blond, etwas anämisch, bietet in den inneren Organen gar nichts Pathologisches dar. Knochenbau gracil, Musculatur mässig entwickelt, Panniculus adiposus spärlich. Die der Untersuchung zugänglichen Schleimhäute blassrosaroth gefärbt. Iris blau.

Die allgemeine Decke ist blass, das subcutane Venennetz deutlich sichtbar. An den Unterextremitäten deutliche Spuren von Lichen pilaris. Sonst ist die Haut überall glatt, nirgends eine Desquamation wahrnehmbar; auf der behaarten Kopfhaut Seborrhoe mässigen Grades. Die Kälte vermag überall, besonders aber am Thorax und an den Streckseiten der Extremitäten eine besonders gut ausgeprägte Cutis anserina zu erzeugen. Ein derber Strich mit dem Finger hinterlässt besonders an den seitlichen Thoraxwänden, sowie auch am Dorsum eine intensive Röthung, welche nach circa einer Minute verschwindet; sonst keine urticariellen Erscheinungen.

An der Haut der vorderen Thoraxwand, sowie auch an den Beugeseiten der Oberextremitäten (Tafel XVI) gewahrt man ein Exanthem, welches aus einer Menge kleiner, schrotkorn- bis erbsengrosser, derb elastischer, halbkugeliger oder auch elipsoidaler, rosaroth gefärbter, in das Corium eingesprengter Knötchen besteht.

Das Exanthem befällt in ziemlich symmetrischer Weise die vordere Thoraxwand und das Abdomen, so dass die Haut in der Mittellinie des Körpers vollkommen frei erscheint. Die

Knötchen erscheinen am Thorax theilweise disseminirt, theilweise aber in Gruppen, besonders in der Gegend der linken Mamilla, auf der linken Seite des Abdomens und auf der rechten Thoraxwand, wo die kleinen Gruppen inselförmig an einander gelagert erscheinen, sowie auch im Bereiche der linken Scapulargegend. An den Extremitäten ist die Symmetrie nur angedeutet und zwar nur auf den Streckseiten; an den Beugeseiten der Oberextremitäten aber erscheinen links die Knötchen disseminirt und rechts in zwei kleine Gruppen getheilt. Die Anzahl der Knötchen am Thorax beträgt 124, wovon 70 auf der rechten Seite sich befinden. Die Haut der linken oberen Extremität zählt deren 45, der rechten 37. An den Oberschenkeln befinden sich nur wenige Knötchen, die Unterschenkel sind ganz frei. Das Exanthem fehlt ebenso im Bereiche des Gesichtes, des Halses, der Clavicular- und der oberen Sternalgegend.

Alle Knötchen besitzen die nämliche derb elastische Consistenz, sind scharf von der gesunden Haut hin abgegrenzt und sind beinahe vollkommen hämisphärisch. Sie confluiren nirgends, und auch dort, wo sie sehr nahe aneinander liegen, bildet ein dünner Streifen normaler Haut die Grenze. Die meisten von ihnen sind rund, viele aber sind auch länglich, ja manche sogar bohnenförmig. Der Rand ist grösstentheils scharf gezeichnet, nur hie und da — und dies sieht man besonders auf der Beugeseite der rechten Extremität — senden die Knötchen von der Peripherie aus kurze, radiär geordnete Fortsätze in die gesunde Umgebung. Diese Fortsätze sind an einigen Stellen wulstig und gebogen, so dass sie an die bekannte Krebsschere der Narbenkeloide einigermassen gemahnen. Während nach vorne keine bestimmte Richtung in der Anordnung der Knötchen zu finden war, erschienen in der Gegend der 4.—7. Rippe rechts einzelne Gruppen ziemlich nach einer bestimmten Richtung gegen die Wirbelsäule sich ausbreitend. Alle diese Gebilde sind von fester Structur, mit der Haut verschiebbar, von rosaroth gefärbter Schichte überzogen. Von den wenigen wulstartigen, aus fibrösem Gewebe bestehenden Randpartien abgesehen, kann man im Ganzen zweihundertzehn einzelne Tumoren zählen. Die Oberfläche der Knöt-

chen erscheint rosaroth glänzend, vollkommen glatt, ohne jegliche Spur einer Schuppung. Unter den Knötchen lassen sich leicht einzelne Stadien, was die Dauer des Verlaufes anbelangt, ziemlich genau feststellen.

Abgesehen von der Grösse einzelner Efflorescenzen fehlt bei den jüngsten von ihnen jene derbelastische Consistenz, welche so oft faserig verfilztes Bindegewebe den Efflorescenzen zu verleihen pflegt, nahezu vollständig; sie erscheinen viel weicher und machen den Eindruck einer scharf circumscripten, in der Cutis eingeschlossenen Infiltration, so dass sich dieselben nur vermöge ihrer rosarothen Farbe vom papulösen Syphilid unterscheiden lassen. Ausserdem besitzen sie auch nicht jenen, den älteren Efflorescenzen im hohen Grade zukommenden sehnigen Glanz, ganz besonders auf der Höhe der Protuberanz. Alle älteren Knötchen, insbesondere in den Intercostalräumen, besitzen der Spitze der Protuberanz entsprechend, eine sehnig glänzende Stelle, welche de Amicis so treffend mit den „oeils de chat"-Steinen verglich.

Ausserdem sieht man, dass die Knötchen einer Involution zugänglich sind und besonders an den Extremitäten findet man einige aplanirte, im regressiven Stadium begriffene Knötchen, welche sich durch ihre Grösse von ganz jungen Efflorescenzen wohl unterscheiden lassen und bei welchen jene fibröse Beschaffenheit nicht mehr so marquant zu Tage tritt. Sie erscheinen viel weicher und ihre Oberfläche nicht mehr so glänzend, macht den Eindruck einer sogenannten atrophischen Narbe, wie solche nach nicht exulcerirten Syphilomen der Haut zur Beobachtung kommen. Alle Knötchen sind nur im Corium eingebettet und lassen sich überall mit der Haut verschieben. Am linken Oberarme sieht man eine seichte Impfnarbe, welche in centralen Partien vollkommen weich ist, an den Randpartien dagegen erhebt sich ein zur allgemeinen Eruption gehöriger Knoten von oben genannter Beschaffenheit.

Die Knötchen sind fast gar nicht, oder mitunter sehr wenig empfindlich. Ein derber, auf einzelne Efflorescenzen ausgeübter Druck verursacht nicht den geringsten Schmerz. Die Wahrnehmung für thermische und tactile Reize im Bereiche der Efflorescencen wesentlich herabgesetzt. Der elektrische





Strom wird im Bereiche einzelner Efflorescenzen auch schwächer empfunden; die Electrode ist nicht im Stande, in den Efflorescenzen contractile Bewegungen zu erzeugen.

Ausser an den genannten Körperstellen ist die Haut des übrigen Körpers vollkommen gesund; nirgends zeigt sich irgend eine noch so geringe Abweichung vom normalen Verhalten und sowohl die Anamnese als auch das Verhalten der Patientin in der Klinik boten nicht den leisesten Anlass zur Annahme irgend eines Krankheitszustandes. Neuropatische Beschwerden, wie sie im Falle de Amicis dem Ausbruch der Dermatonose vorausgingen oder sie auch theilweise begleiteten, fehlen hier vollkommen. Abgesehen von hie und da auftretenden Kopfschmerzen fördert die Anamnese in unserem Falle nichts zu Tage.

Temperatur normal. Der Harn enthält keine pathologischen Bestandtheile.

Patientin blieb durch einige Wochen in klinischer Beobachtung und wurde im unveränderten Zustande auf Verlangen der Verwandten entlassen. Nach einigen Monaten wollte ich die Patientin in Absicht weiterer Beobachtung wieder aufnehmen, sie hat sich aber seit der Zeit nicht mehr sehen lassen.

Ich will gerne gestehen, dass ich anfangs in Anbetracht eines so fremdartig sich darbietenden Exanthems mit der Diagnose einige Zeit schwankte. Ein solches Bild ist mir noch nie vorgekommen und der ungewöhnliche Verlauf der Efflorescenzen, die ungewöhnliche Gruppirung derselben, das theilweise symmetrische Auftreten des Exanthems, sowie die morphologischen Merkmale desselben mussten meine Bedenken entschuldigen. Ich dachte wohl anfangs, und zwar auf den ersten Blick, an multiple Dermatomyome. Ganz besonders einzelne Gruppen von Knötchen liessen mich an die letzte Publication Neumann's auf diesem Gebiete denken. Indessen deckten sich die einschlägigen Symptome, besonders was den Verlauf und die Morphologie der Efflorescenzen anbelangt, nur theilweise, und ich sah mich nach genauerer Beobachtung des Exanthems so wie auch nach Zusammenstellung einzelner Symptome der Krankheit veranlasst, die Diagnose fallen zu lassen.



An eine Urticaria papulosa perstans (Willan, Pick, Kreibich) konnte man wohl in Anbetracht der besonders scharfen Grenzen im Niveau der Haut, des vollkommenen Mangels an Kratzeffecten, wie auch der Pigmentationen auch nicht denken. Die Anamnese sowohl als auch die blassrosarothe Farbe der Efflorescenzen hinderten auch wesentlich den Gedanken an das Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposi (beziehungsweise an die hieher gehörigen Fälle von Haemangioendothelioma) auftauchen zu lassen. Ich musste nun, nach Ausschliessung aller anderen papulösen Exantheme, an multiple spontane Keloide denken, obwohl mir die einschlägigen Fälle (Schwimmer, de Amicis, Hutchinson) nur von der Literatur aus bekannt gewesen. Zur obigen Diagnose verhalf mir wesentlich der sehnige Glanz der Efflorescenzen, die hie und da angetroffenen Ausläufer von der Randzone aus in die gesunde Umgebung, so wie auch die Anwesenheit jener quasi gefirnissten Pole mancher Papeln (besonders in den Intercostalräumen), welche de Amicis in seiner Publication mit den „oeils de chat" verglich. Die fibröse Derbheit der Efflorescenzen, so wie der ganze Verlauf des Exanthems schien meine Diagnose wesentlich zu fördern.

Die abgeflachten, im regressiven Stadium begriffenen Efflorescenzen wurden auch im Falle von de Amicis angetroffen und in derselben Weise beschrieben. In seinem Falle, wie auch in dem vorliegenden befand sich im Bereiche der ganz aplanirten und seichten Impfnarbe eine Efflorescenz mit dem Charakter eines wahren Keloides.

Was die Multiplicität der Efflorescenzen anbelangt, wäre mein Fall dem von de Amicis am nächsten zu stellen. Im Falle de Amicis waren im Ganzen 318, in meinem 210 Efflorescenzen beobachtet. Schwimmer zählte deren in seinem Falle 150. Kaposi beobachtete in seinem Falle 20 Tumoren, Cazenave dieselbe Zahl bei einem jungen Mädchen. Wilson sah bei einer Frau 30 Keloide auf der vorderen Thoraxwand und 9 am Rücken.

Es muss deutlich betont werden, dass in unserem Falle ähnlich wie in dem von Amicis irgend eine Erwähnung von einem Trauma oder einer Hautläsion in der Anamnese

vollkommen fehlt. Das Kind kann sich nicht erinnern, irgend wann eine auch noch so kleine Wunde davongetragen zu haben. Nirgends ist auch eine Continuitätstrennung auf der allgemeinen Decke zu constatiren. Und so wäre denn dieser Fall ein neuer Beitrag zur Begründung spontaner Keloide gegenüber der Auffassung von Besnier, Barthélemy, Hutchinson, nach welchen die Aufstellung wahrer Keloide ohne vorausgegangene traumatische Einflüsse als eine Dermatose sui generis im klinischen Sinne nicht aufrecht erhalten werden könne. Im Falle von de Amicis befand sich ausser der allgemeinen Eruption spontaner Keloide auch ein Narbenkeloid, welcher nach Excision eines Knötchens ganz allmälig entstanden ist; in unserem Falle wurde ein Narbenkeloid nirgends beobachtet.

Ich habe drei Knötchen behufs histologischer Untersuchung excidirt, worauf Patientin noch beinahe zwei Wochen in klinischer Beobachtung geblieben ist. An allen drei Stellen verheilte die Wunde per primam intentionen.

Ob sich später an den betreffenden Stellen keine Narbenkeloide ausgebildet haben, weiss ich nicht zu entscheiden, da, wie oben bereits erwähnt wurde, das Mädchen nicht mehr in der Klinik erschienen ist.

Die histologische Untersuchung betraf sowohl ältere Tumoren, als auch eine junge, noch nicht völlig ausgebildete Efflorescenz. Schon bei schwacher Vergrösserung fällt es in die Augen, dass der Papillarkörper an allen Präparaten vollkommen unversehrt ist und fast überall ganz deutlich von der im Corium eingelagerten Geschwulstmasse durch einen nicht überall gleichmässig dünnen Streifen normalen Gewebes getrennt ist. Weiter ist überall genau ersichtlich, dass die eigentliche Keloidmasse im Corium eingebettet ist, dass sie dort vielfache Nester bildet und von der Umgebung ziemlich scharf abgegrenzt erscheint.

Bei geringer Vergrösserung mittelst Hämatoxylin tingirter Schnitte gewahrt man, dass die Geschwulst ziemlich scharf durch Anhäufung ihrer dichten Fasern, wie auch durch eine viel intensivere Färbung sich abhebt, dass sie nur an den Randpartien der Efflorescenz viele zur Oberfläche des Quer-



schnittes parallel laufende Bindegewebszüge führt, dass aber die Faserung im Bereiche der centralen Partien des Tumors vielfach eine regellose Verflechtung, meistens aber wahre Nester und Wirbelbilder zu Tage fördert. Obwohl ich den ganz normalen Papillarkörper überall vollkommen wohlerhalten fand, so stimme ich doch mit Schütz überein, dass man nur durch genau vorgenommene Serienschnitte zu entscheiden berechtigt ist, ob ein intacter Papillarkörper vorhanden ist oder nicht. Ich habe mich der Arbeit nicht unterzogen und ich will hier nur betonen, dass ich bei Durchmusterung aller Präparate nicht einen einzigen gefunden habe, wo der Papillarkörper nicht als vollkommen intact erklärt werden könnte. Das Rete Malpighii bei stärkerer Vergrösserung überall normal, nur hie und da erscheint das Stratum spinosum etwas verdünnt.

Die Zone zwischen Papillarkörper und der eigentlichen Keloidmasse ist in einer ziemlich schmalen Ausdehnung normal. Dies trifft aber nicht an allen Stellen zu; die genannte Zone ist nur mehr an den Randpartien der Efflorescenzen, überhaupt der Peripherie zu, ganz deutlich wahrnehmbar.

In den centralen, mehr der Höhe der Protuberanz entsprechenden Stellen, haben die oberen Schichten der Cutis allmälig mehr den Charakter des pathologischen Gewebes angenommen, ohne jedoch, wie in dem Falle Thorn's, dass dabei ein deformirender Einfluss der Bindegewebswucherung auf das Deckepithel wahrnehmbar wäre. Die Präparate Thorn's konnten, wie Joseph sehr richtig in seiner letzten Publication über diesen Gegenstand bemerkt, wohl viele Beobachter zum irrigen Schlusse geleiten, es gebe keinen Unterschied zwischen wahrem und falschem Keloid. Wenn wir aber dennoch das Anfangsstadium in einem jeden Falle wohl berücksichtigen wollen, wird es uns nicht im geringsten wundern, dass beim andauernden Wachsthum der Geschwulst sich die von Anfang noch so breite Grenzzone immer mehr und mehr verschmälern oder auch verwischen muss.

In meinen Präparaten rücken, zumal in den centralen Partien, die nester- und wellenartig geformten faserigen Bindegewebsmassen immer mehr und mehr an den Papillarkörper

heran, ohne ihn jedoch an irgend einer Stelle im destructiven Sinne zu tangiren (Fig. 1) und obwohl auch an vielen Stellen die genannte Grenzzone nahezu oder auch vollkommen verstrichen ist, bin ich weit davon entfernt, indem ich auf die Histiogenese des Falles zurückgehe, an der histologischen Diagnose eines spontanen Keloides zu zweifeln.

Obwohl allgemein angenommen wird, und dies auch in der Mehrzahl der Fälle wohl zutrifft, dass die Verlaufsrichtung der Faserbündel eine zur Längsachse und zur Oberfläche der Geschwulst vollkommen parallele ist, gilt das absolut nicht für alle Fälle der Dermatose und darf ebensowenig als ein prägnantes und dominirendes Merkmal hervorgehoben werden. Thorn konnte dies ebensowenig in seinem Fall bestätigen, wie ich in meinem. Wie ich schon einmal hervorgehoben habe, fand ich die parallele Richtung der Faserbündel durchwegs nur in den Randpartien des Tumors, fast nie aber auf der Höhe der Protuberanz. Hier finden wir vollkommene Nester und Wirbelbildungen der faserigen Bindegewebsmassen (Fig. 1, 3). Im Centrum der Geschwulst sind diese Bindegewebsbündel am breitesten und durch Lücken verschiedener Grösse in ihrer Durchflechtung unterbrochen. An den Randpartien werden die Interstitien kleiner und zwischen den dicken Faserbündeln findet man viele isolirte Fasern, welche in den nach Unna mit polychromem Methylenblau gefärbten Schnitten vom collagenen Gewebe deutlich unterschieden werden. An vielen Stellen liegen die faserigen Bündel so dicht aneinander, dass man wohl eine ganz charakteristische, scharfe und vielfach geradezu genau circumscripte Begrenzung der Keloidgeschwulst im Cutisgewebe gewahrt.

Trotz sehr sorgfältiger Durchmusterung meiner Präparate konnte ich in der Wandung der grösseren Coriumgefässe irgend welche Wucherungsvorgänge, wie sie Warren als ein Charakteristicum für die Anatomie des wahren Keloids angibt, nie vorfinden. Nach diesem Autor werden vor Allem in der Adventitia zahlreiche Rundzellen vorgefunden, welche die Vorstufe zu Spindelzellen bilden, um nachher die Formation der eigentlichen Bindegewebsfasern zu erreichen. Joseph hat den nämlichen Befund für das falsche Keloid bestätigt.



An vielen Stellen fand ich in meinen Präparaten die Anordnung der Bindegewebsfasern in concentrischen Kreisen, besonders in den etwas tiefer gelegenen Cutisschichten, ohne aber dass gerade ein Gefässlumen das Centrum der Bündelringe bilden sollte und lege darauf, gleich Thorn, kein besonderes Gewicht. Ich fand auch mehrmals die Bindegewebsringe excentrisch gelegen, oder aber, was in meinen Präparaten (Fig. 1) wohl ersichtlich ist, massige Stränge von einer Stelle der Peripherie des Kreises radiär und diametral in der Richtung der entgegengesetzten Segmente des Kreises verlaufen. Mit den Autoren, welche als das wesentliche Merkmal der Geschwulst den senkrechten Verlauf der Gefässe und der Bindegewebsfasern zur Oberfläche hervorheben, kann ich meinen Präparaten zufolge nicht beistimmen, und ob die vielfach citirte Anschauung Wilms, die Schichtung von Fibroblasten um die Gefässe betreffend, wohl immer Bestätigung findet, kann ich in meinem Falle nicht beurtheilen.

Wenn man Methoden anwendet, welche electiv das elastische Gewebe bis in die feinen Aestchen im Bindegewebe zu färben vermögen, gewahrt man, dass in den centralen Partien des Tumors die elastischen Fasern entweder vollkommen fehlen, oder aber auch, und dies ganz besonders in den Anfangsstadien, als kurze, dünne, äusserst schwach tingirte Fädchen hie und da zwischen den homogenen Bindegewebsbündeln vorgefunden werden. Ringsum treten aber die elastischen Fasern an allen Seiten als ganz charakteristische, deutlich tingirte, derbe Bindegewebselemente mit aller Schärfe auf. Kurze, wie abgerissene, genau den Grenzen des Tumors entsprechende Stränge, welche auf einen plötzlichen Uebergang der normalen Cutis in das pathologische Geschwulstgewebe deuten sollten, habe ich gegenüber Schütz nirgends beobachten können. Im Gegentheil. Ich sah in allen meinen Präparaten, wie die elastischen Elemente von der gesunden Umgebung aus gegen die Geschwulst zu immer mehr und mehr rareficirt erschienen, immer dünner und undeutlicher sich gestalteten, um in den centralen Partien der Geschwulst allmälig zu verschwinden. Nie war ich in der Lage, einen plötzlichen Abriss der Fasern an der Tumor-

grenze zu constatiren, oder einen ganz scharfen Uebergang vom elastinreichen zum elastinlosen Gewebe auf einer grösseren Strecke zu verfolgen. Ich beobachtete immer eine intermediäre Zone (Fig. 2), wo Elastin zwar sehr spärlich, aber dennoch wohl erhalten und überall gleichmässig vertheilt war.

In der schon oben besprochenen Zone normalen Cutisgewebes, welches zwischen dem Tumor und dem Papillarkörper gelegen ist, lassen sich die elastischen Fasern hauptsächlich in den Randpartien der Efflorescenzen nachweisen, in viel geringerer Zahl jedoch im Centrum, wo die Geschwulstmasse fast dicht an den Papillarkörper heranrückt. Dieser ganz allmälige Uebergang von den normalen Cutisregionen zur eigentlichen Geschwulst, welcher an meinen Präparaten vielfach auch mit Rücksicht auf die Lagerung der collagenen Bündel wahrgenommen werden kann, gemahnt einigermassen an die Befunde Babesiu's in seiner histologischen Bearbeitung eines Narbenkeloides.

Da ich die Ansicht von Schütz und Joseph vollkommen theile, dass das Elastin nur aus dem Grunde im Tumorgewebe mit den bekannten Methoden nicht zu färben ist, weil sie chemische Veränderungen einhergeht und somit auch seine Affinität zum saueren Orcein einbüsst, mit einem Worte zum Elacin wird, habe ich mehrere Präparate nach Unna's Methode behandelt, aber keine positiven Resultate gewonnen. Joseph hat in seiner ausführlichen Arbeit „Ueber Keloide" sein Narbenkeloid nach derselben Methode behandelt, hat aber das Elacin nicht in geringsten Spuren nachzuweisen vermocht.

Die am Rande der Geschwulst vorgefundenen Gefässe bieten nichts besonders Abnormes dar. Intima und Media verhalten sich normal, Adventitia etwas infiltrirt, jedoch von einer adventitiellen Wucherung kann keineswegs die Rede sein. Wo eine Verengerung der Gefässlumina zu sehen ist, wird sie wohl auf eine secundäre, mechanische Einengung von Seite des faserigen Bindegewebes zurückzuführen sein.

Nirgends ist eine Spur von Haaren zu finden.

Schweiss- und Talgdrüsen an der Grenze der Geschwulst überall vorhanden, nur werden sie überall vom faserigen



Bindegewebe zur Seite geschoben und in verschiedener Richtung comprimirt. Aber auch in der Tumormasse fand ich zwischen einzelnen Bindegewebssträngen verkümmerte Talgdrüsenreste eingeschlossen, jedoch nur hauptsächlich in den Randregionen der Efflorescenzen.

Die Ausführungsgänge der Schweissdrüsen theilweise normal, theilweise von Zellenwucherungen umgeben.

Leukocyten fand ich nur hie und da im Lumen einiger Gefässe, aber nirgends sonst in der Bindegewebsmasse.

In den mit polychromer Methylenblaulösung behandelten Präparaten sind alle zelligen Bestandtheile im untersuchten Gewebe sehr deutlich hervorgetreten. Waldeyer'sche Plasmazellen mit grossen ovalen Kernen sind im Bereiche der Geschwulst nur in sehr geringer Zahl vorhanden. In viel grösserer Menge treten langgestreckte Spindelzellen auf, welche ziemlich parallel den Bindegewebsfasern gelagert erscheinen. Ehrlich'sche Mastzellen konnte ich in der Tumormasse nirgends auffinden.

Alle zelligen Bestandtheile werden hauptsächlich in den Randpartien der Geschwulst getroffen, wie überhaupt das Wachsthum der Zellen mehr in den peripheren Theilen stattfindet.

Im Bereiche der Randpartien der Efflorescenzen zeigen die in die Papillen aufsteigenden Capillaren eine Vermehrung der Perithelien und eine Erweiterung der Lichtung, aber durchaus keine adventitielle Wucherung, auch betheiligt sich hier eben der Papillarkörper an die Tumorbildung nicht in geringster Weise. Andererseits greift auch die Geschwulst nicht in das subcutane Gewebe über und man konnte weder klinisch noch anatomisch irgend welche Bindegewebsstränge in das subcutane Gewebe hin verfolgen. Nervenstämmchen wurden an keinem Präparat aufgefunden.

Viele Autoren zweifeln daran, ob spontane Keloide als eine besondere pathologische Einheit betrachtet zu werden verdienen. Auch das Vorkommen multipler spontaner Keloide als morbus sui generis wird von so mancher Seite in Abrede gestellt oder wenigstens angezweifelt. Joseph fordert ganz



richtig, dass alle klinisch als sogenannte spontane Keloide diagnosticirten Fälle auch in histologischer Richtung genau untersucht werden, ich kann ihm aber durchaus nicht beistimmen, wenn er den bekannten Fall multipler Keloide de Amici's eher der Classe von Endotheliomen zurechnen wollte. Obwohl die Fälle von Mulert und Riehl an den Fall de Amici's in mancher Richtung zu gemahnen schienen, doch divergiren die klinischen Symptome, nämlich was den Verlauf und Morphologie der Affection anbelangt, wesentlich von einander. Obwohl dem Falle de Amici's die wünschenswerthen histologischen Details leider fehlen, so möchte ich doch an der Diagnose, welche sonst am Pariser dermatologischen Congresse vom klinischen Standpunkte vielfach discutirt wurde, nicht im geringsten zweifeln.

Heute habe ich umsomehr diese Ueberzeugung gewonnen, als alle klinischen Symptome, welche Amici's hervorgehoben und beschrieben hat, sich mit denen meines Falles vollkommen, oder wenigstens nahezu vollkommen decken.

Ich brauche wohl nicht zu erwähnen, dass die Pathogenese spontaner Keloide bis heute noch absolut dunkel ist.

Wenn man auch die Geschwulst im klinischen Sinne als ein Fibrom aufzufassen geneigt ist, so erweckt doch das Fehlen elastischer Fasern in der Grundsubstanz des Tumors ganz gerechtfertigte Bedenken. Dieser essentielle Bestandtheil des Bindegewebes darf doch einem Fibrom im wahren Sinne des Wortes nicht fehlen. Ganz mit Recht betrachtet auch Schütz das Keloid keineswegs für eine Hyperplasie des normalen Bindegewebes, weil doch das normale Bindegewebe elastische Fasern führt, die bei einem Proliferationsprocess gewiss nicht zu Grunde gehen könnten. Das Fehlen der elastischen Fasern in der Grundmasse der Geschwulst hat das Keloid mit einem jungen Narbengewebe gemein, im Gegensatz, wie bekannt, zu manchen neoplasmatischen Processen (Epitheliom), bei welchen Ueberreste von Elastin erhalten bleiben. Im alten Narbengewebe werden elastische Fasern allmälig doch nachgebildet, jedoch gewiss in sehr geringem Masse.



Ausser diesem histologischen Unterschiede ist wohl in der Recidivfähigkeit der Keloide gewiss auch ein wesentlicher klinischer Unterschied gegenüber der hypertrophischen Narbe gegeben.

Dass man ein spontanes Keloid von einem sogenannten falschen oder Narbenkeloide histologisch ganz strenge unterscheiden muss, unterliegt meiner Ansicht nach nicht dem geringsten Zweifel. Ausführliche histologische Untersuchungen belehren uns in genügender Weise, dass der Unterschied zwischen beiden Keloidarten gewiss nicht nur im Vorhandensein oder Fehlen des intacten Papillarkörpers besteht.

Klinisch dürften vielleicht die Behelfe für die Beurtheilung der differentiellen Diagnose wohl nicht immer ganz ausreichend sein. Da wir aber über die Entstehung der spontanen Keloide gar keine Anhaltspunkte besitzen, vom falschen Keloid aber wohl wissen, dass es nur auf Läsionen der Cutis zur Entwickelung gelangt, so wird man sich in den Fällen, wo traumatische Einflüsse ausgeschlossen werden können und die Geschwulst sich trotzdem entwickelt, gewiss für ein spontanes Keloid aussprechen müssen. Ich meine damit nicht die multiplen Keloide, welche, wie ich bereits oben ausführlich dargethan, genug Charakteristisches darbieten, um auch ohne andere anamnestischen Behelfe im klinischen Sinne diagnosticirt werden zu können.

Für die klinische Diagnose spontaner Keloide muss weiter hinzugefügt werden, dass eine besondere Beschaffenheit einzelner Hautregionen zur Generalisirung eventuell zur Multiplicirung dieser Dermatose vielfach Veranlassung bietet. Hieher gehören wohl diejenigen Fälle, bei denen durch gewisse, mitunter ganz unbedeutende traumatische Einflüsse, grosse, narbenartige Tumoren hervorgerufen werden, oder aber auch Fälle, wo auch ohne vorangehende Traumen wahre, spontane Keloide multipel zu Tage treten. Diese eigenthümliche Beschaffenheit der Haut einzelner Individuen, welche bis heute in der allgemeinen Pathologie durchaus keine wissenschaftliche Erklärung gefunden, pflegt, allerdings bequemer Weise, Diathese genannt zu werden. Ich brauche wohl nicht hinzuzufügen, dass damit eben so viel wie gar nichts gesagt werden will. Aber ungeachtet der Be-

gründungen, welche uns die Pathologie in dieser Hinsicht einst bieten wird, dürfen wir die Thatsache nicht von der Hand weisen, dass gewisse Geschwulstformen, einmal auf der Haut spontan entstanden, sich ohne jede Veranlassung in unabsehbarer Menge zu vervielfältigen pflegen, und zwar bei Individuen, bei denen nur die Haut, nicht aber der Gesammtorganismus als pathologisch bezeichnet werden kann.

Zu diesen Geschwulstformen, welche sich in der Weise auf der allgemeinen Decke zu generalisiren pflegen, gehören wohl ganz gewiss auch multiple spontane Keloide.

So lange jedoch die Frage der Multiplicität der Geschwülste eine genügende und wissenschaftlich begründete Antwort von der Wissenschaft nicht erhalten hat, müssen wir der treffenden Worte Virchow's gedenken: „Jeder einzelne Tumor ist das Product örtlicher Reizung, die Multiplicität bedeutet nichts als die Ausdehnung des Reizes."

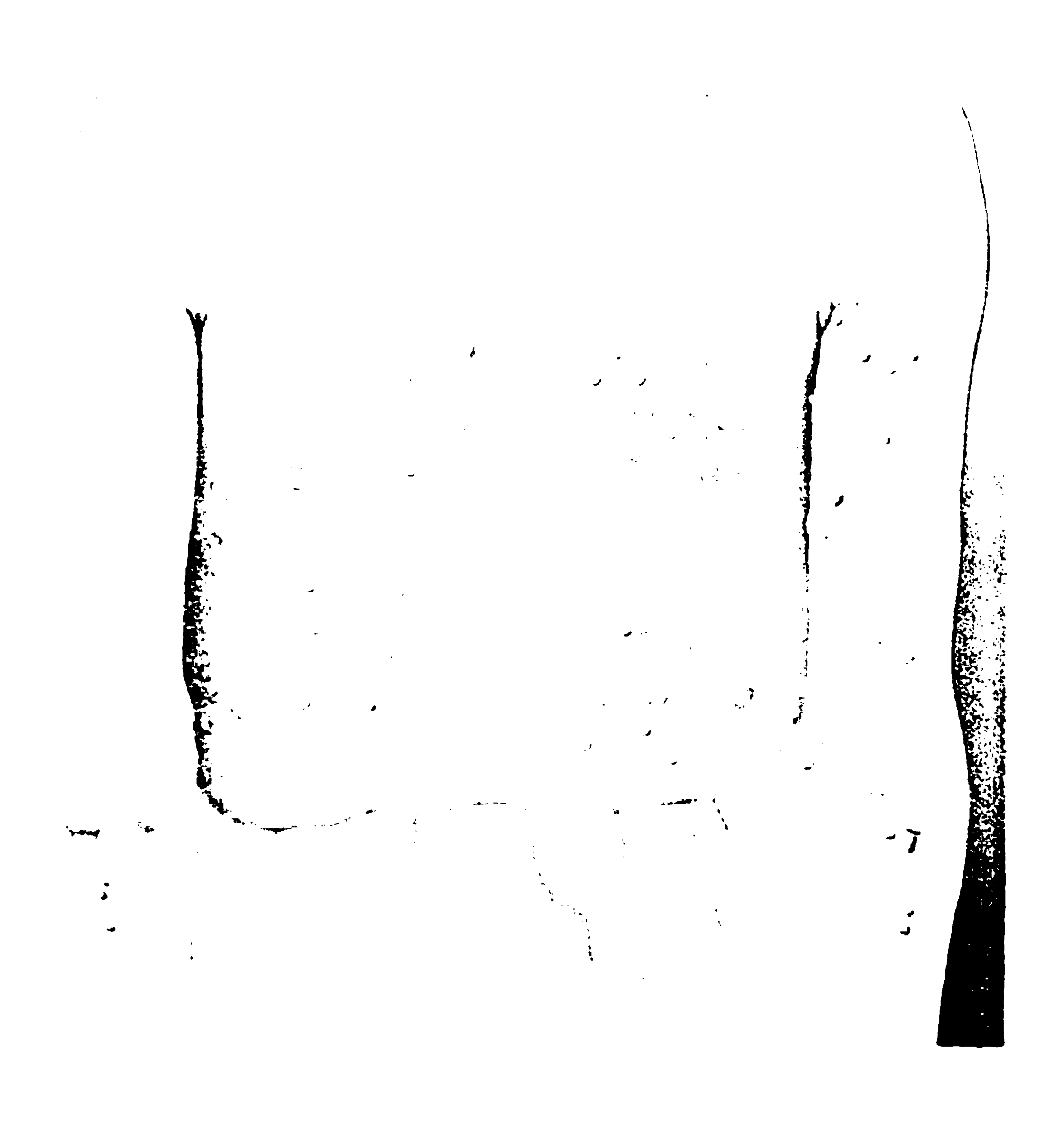
Literatur.

1. Ziemssen (Schwimmer). Handbuch der spec. Pathologie und Therapie 1884. — 2. Kaposi. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten 1899. — 3. Langhans. Keloid. V. A. 1897. Band XL. pag. 330. — 4. Warren. Keloid. Sitzungsbericht d. Akad. d. W. Wien. 1868. pag. 413. — 5. Schwimmer. Das multiple Keloid. Archiv für Dermatologie, XII. 225. — 6. Babes. Ein Beitrag zur Histologie des Keloids. A. A. 1880. pag. 237. — 7. Crocker. Die Anatomie des Keloids in einem früheren Stadium. Brit. med. Journ. 1886. September. — 8. Hutchinson. Ueber die Zustände, welche dem Keloid vorhergehen und über einige seltene Formen der Krankheit. Med. Times 1885. Mai. — 9. Barduzzi. Ueber Pathogenese und Therapie des Keloids. Bollet. dei cult. delle sc. med. Siena 1887. — 10. Smith. Multiples Keloid. Mon. VIII. 405. — 11. De Amicis. Multiples idiopathisches Keloid. I. Internation. Congress f. Derm. Paris 1889. — 12. Fischer. Beitrag zur Kenntniss des Keloids. Discus. München 1889. — 13. Levin. Keloid bei einem Neger. Med. Wochenschr. 1889. Jänner. — 14. Leloir u. Vidal. Ueber das Keloid. Annales 1890. 3. — 15. Welander. Fälle von Keloid. Nordiskt. med. Ark. 1893. Nr. 3. — 16. Unna. Histopathologie der Hautkrankheiten 1894. — 17. Warren J. Cottins. Ueber Keloid. Archiv für Dermatologie I. 131. — 18. M. Kohn. Das Keloid. Archiv für Dermatol. III. 586. — 19. Babesin. Beitrag zur Histologie des Keloids. Archiv für Dermatol.

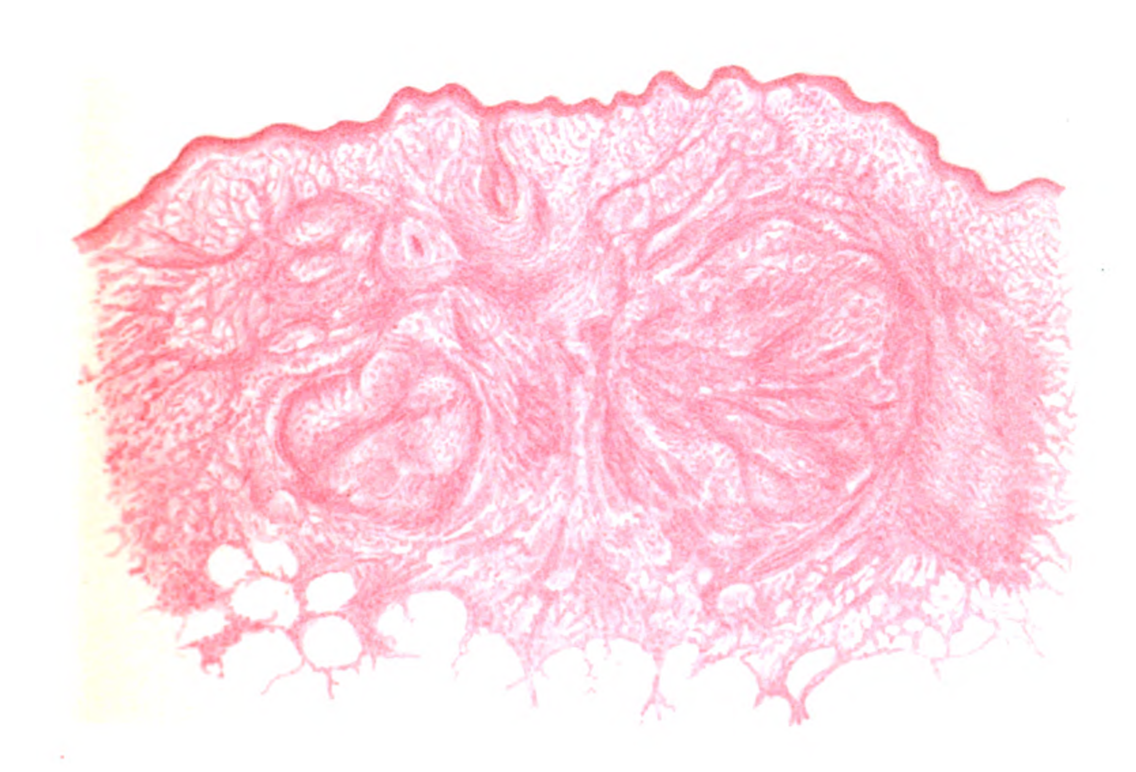


XII. 237. — 20. Roger. Acnekeloid. Archiv für Dermatol. XVII. 326. — 21. Hardaway. Ueber Behandlung des Keloids und hypertrophischer Narben mittelst Elektrolyse. Arch. f. Derm. XVIII. 722. — 22. Crocker. Die Anatomie des Keloids in einem frühen Stadium. Arch f. Derm. XIX. 594. — 23. Steel. Keloid. Arch. f. Dermat. XIX. 594. — 24. Nicolai. Ein Fall von Keloid. Arch. für Dermatologie. XIX. 1033. — 25. Taylor. Weiterer Beitrag zum Studium des Molluscum Fibrosum; Aetiologie, fibromatöse Infiltration und deren Beziehung zum Keloid. Arch. f. Derm. XX. 427. — 26. Dénériaz. Ueber Keloid. Arch. f. Dermat. XX. 831. — 27. Andeer. Resorcin bei Keloiden. Archiv für Dermatologie. XXI. 266. — 28. Anderson. Keloid der Bauchdecke, einen bösartigen Charakter annehmend, gefolgt von Geschwürsbildung. Archiv für Dermatologie. XXI. 770. — 29. Heimann. Idiopathisches Keloid an beiden Armen. Arch. f. Derm. XXV. 547. — 30. Volkmann. Ein Fall von echtem (spontanem) Keloid der Finger und der Zehen. Arch. f. Dermat. 72. IV. 454—73. V. 161. — 31. Berliner. Ueber spontane Keloide. Archiv für Dermatologie. XXIV. 1024. — 32. Bidle. Syphilitic. Keloid. Arch. f. Dermat. XX. 642. — 33. Doutrelepont. Ueber einen Fall von Hautgangrän mit Keloidbildung. Archiv f. Derm. XVII. 676. — 34. Leviseur. A case of Keloid on the scalp of a boy four years old. Arch. f. Dermatologie. XXVII. 266. — 35. Schütz. Ein Fall von sogenanntem wahren Keloid combinirt mit Narbenkeloid. Arch. f. Derm. XXIX. 25. — 36. Lassar. Fall von Keloid. Archiv für Derm. XXXII. 472. — 37. Koch. Fall von Keloid. Archiv für Dermatologie. XXXVI. 435. — 38. Plonski. Fall von Keloid. Arch. für Dermatologie. XXXVI. 435. — 39. Kaposi. Keloiden der Sternalgegend. Archiv für Dermatol. XXXIX. 11s. — 40. Neumann. Fall von Keloiden. Archiv für Dermatol. XXXIX. 123. — 41. Hutchinson. Keloids multipl. III. Internat. Dermatolog. Congress 1896. — 42. Thibierge. Keloid der Sternalgegend. Archiv für Dermatologie. XLII. 150. — 43. Audry. Keloid nach Collodiumeinpinselung. Arch. für Derm. XLV. 156. — 44. Ravogli. Multiples Spontankeloid. Arch. f. Dermat. XLV. 265. — 45. Scheppengrell. Keloidtumors of the external Ear. Archiv f. Dermat. XLI. 404. — 46. Newton. The treatment of Keloid with Thiosinamine. Arch f. Derm. XLV. 265. — 47. Balzer u. Griffon. Keloide nach Streptococcen-Impetigo (Demonstration). Arch. f. Dermatol. XLV. 154. — 48. Mencière et Lafarelle. Cheloides developpées sur des cicatrices des pointes de feu. Arch. f. Dermatol. XLI. 404. — 49. Deutsch. Falsche Keloide (Demonstration). Arch. f. Derm. XLV. 225. — 50. Kaposi. Keloid oder Sarcom (Demonstration). Archiv f. D. XLII. 135. — 51. Joseph. Ueber Keloide. Arch. f. Derm. XLVIII. 138. — 52. Joseph. Ueber Keloide. Arch. für Derm. XLIX. 277.

Die Erklärung der Abbildungen auf Taf. XVI—XVIII ist dem Texte zu entnehmen.

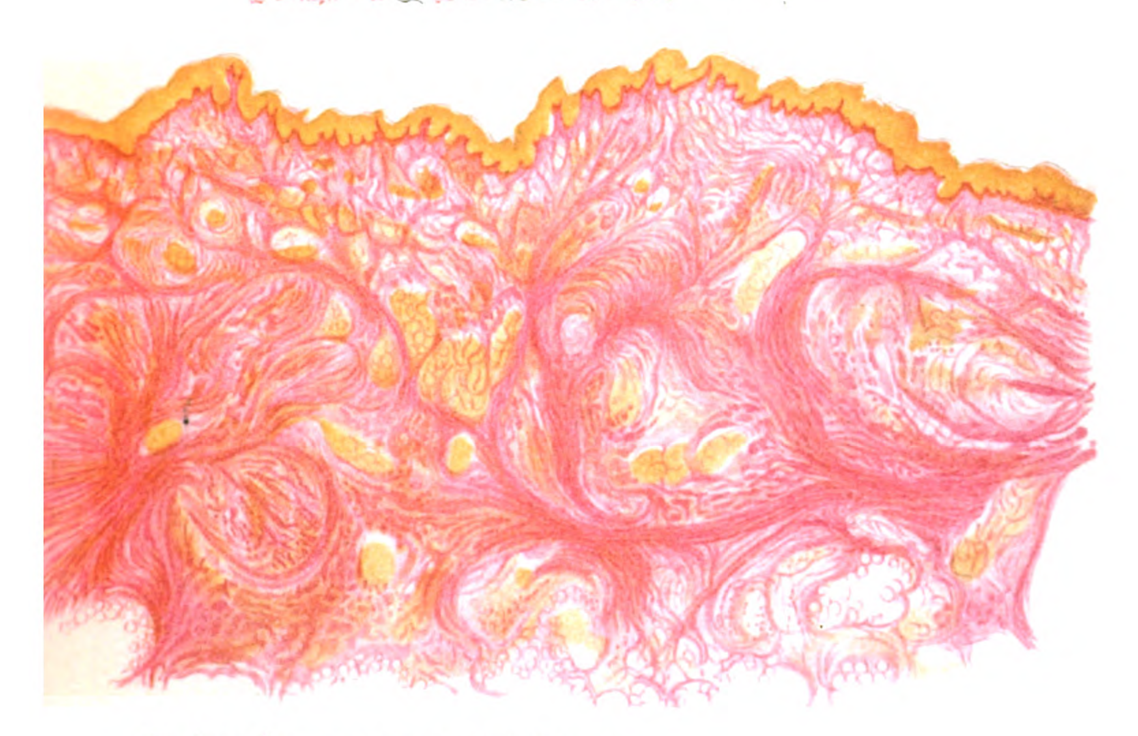


Reiss: Über spontane multiple Keloide



Reiss: Über spontane multiple Keloide.





Reiss: Über spontane multiple Keloide.





Aus der k. k. Universitätsklinik (Hofrath Prof. J. Neumann).

Ueber das Auftreten von Quecksilber im Mundspeichel.

Von

Dr. **M. Oppenheim,**
Aspirant der Klinik.

Gegenüber den zahlreichen Untersuchungen, die über das Auftreten des Quecksilbers im Harne und Kothe angestellt wurden, ist die Zahl der Arbeiten über das Vorkommen dieses Metalls im Speichel eine sehr geringe. Eine systematische Untersuchungsreihe hat eigentlich nur Oscar Schmidt (Dorpater Diss. 1879) veröffentlicht und selbst dieser zweifelt an der Richtigkeit seiner Resultate bis auf einen einzigen Fall, bei dem er jede zufällige Verunreinigung ausschliessen konnte. Seine Resultate fasst er in Folgendem zusammen: Im Speichel kann in einer Reihe von Fällen, sowohl bei subcutaner Sublimatinjection als auch bei Einreibungen mit grauer Salbe während der Dauer der Cur kein Quecksilber nachgewiesen werden. In einer zweiten Reihe von Fällen lässt sich die Anwesenheit von Quecksilber in diesem Secret feststellen, ohne dass eine Affection des Mundes oder der Speicheldrüsen bestanden hätte; doch bleibt es dahin gestellt, ob nicht Quecksilber von Aussen, sei es durch die mit Hg verunreinigten Finger der Kranken, sei es durch Verdampfung und Absorption aus der Zimmerluft in den Speichel gelangt sein könne. In 2 Fällen, bei denen Stomatitis entstanden war, wurde im Speichel Hg nachgewiesen und zwar in grösserer Menge bei der Inunctionscur als bei Injectionen. Aus der Stomatitis allein lässt sich

keine Sättigung des Organismus mit Hg erschliessen. Bei der Elimination des Hg aus dem Organismus spielt der Speichel eine untergeordnete Rolle. Zu diesem letzteren Resultate kommt auch Welander in einer eingehenden Arbeit über die Hg-Ausscheidung. Lanz, der das Verhältniss des Hg zum Speichel bei Stomatitis mercurialis studierte, erklärt die Ausscheidung des Hg durch den Speichel als eine unbedeutende und ohne Einfluss auf Salivation und Stomatitis.

Von anderen Autoren wären noch zu nennen Wright, Rostock, Devergie, Warneke, Schneider, Vajda, Paschkis u. A., welche kein Hg im Gesammtspeichel nachweisen konnten, Lehmann, Kletzinsky, Kussmaul, Heller, Mosler, Salkowsky, Hermann etc., welche positive Resultate erhielten. Sie beschäftigten sich hauptsächlich mit dem Nachweise des Hg bei Hydrargyrose und mercurieller Stomatitis, und beschränkten sich dabei auf einzelne Fälle. Brassé und Wirth berechnen die durch den Speichel ausgeschiedene Hg-Menge bei einer 24stündigen Totalelimination von 7·5 Mg. Hg auf 2 Mg. Dies wäre so ziemlich alles, was sich in der Literatur über diesen Gegenstand vorfindet, und daraus erklärt sich auch meine Arbeit. Ich wollte nämlich ohne Rücksicht auf Stomatitis mercurialis und Salivation Klarheit über die Elimination des Hg durch den Speichel mittelst einer der neueren und genaueren Methoden zum Nachweise des Hg gewinnen. Eben als ich im Begriffe war unter diesen die einfachste und genaueste zu wählen, veröffentlichte Adolf Jolles eine Modification einer schon früher von ihm publicirten einfachen und empfindlichen Methode zum Nachweise von Hg im Harne, die mich veranlasste, dieselbe einer eingehenden Prüfung zu unterziehen. Schon von vorneherein nahm mich der Umstand für die Methode ein, dass bei derselben chemisch reines Gold als Amalgamirungsmetall verwendet wird, ein Metall, welches erwiesenermassen eine hervorragende Amalgamirungsfähigkeit mit dem Hg besitzt. Doch bevor ich auf die Methode selbst und ihre Ausführung eingehe, will ich die Gründe angeben, die mich veranlassten, die anderen altbewährten und exacten Methoden, die bisher allgemein verwendet wurden, zu verlassen. Im Grossen und Ganzen gruppiren

sich sämmtliche Methoden und mit ihnen auch die von Jolles um 2 Grundprincipien, deren eines die Methode Schneider's vertritt, der die Elektrolyse zur Abscheidung des Hg aus den Excreten benutzt, während das andere in der Methode Ludwig's zur Geltung kommt, indem dieser das Hg den organischen Flüssigkeiten durch Amalgamirung mittelst eines Schwermetalles (Zink) entreisst. Bei beiden Verfahren wird dann das Hg durch Erhitzen vom Metall getrennt und durch Joddämpfe erkannt, die mit demselben die charakteristische Rothfärbung von Quecksilberjodid bilden. Das Verfahren von Schneider, obwohl äusserst empfindlich — es lassen sich noch 0·074 Mg. Hg in 100 Ccm. Harn nachweisen — ist doch viel zu complicirt, als dass es vom Arzte für klinische Zwecke verwendet werden könnte, weshalb es auch vielfach, jedoch ohne Erfolg modificirt wurde (Byasson, Mayençon, Bergeret etc.). Ludwig's Methode, die relativ weniger Zeit erfordert, also für klinische Zwecke geeigneter wäre, stellt an die manuelle Geschicklichkeit grosse Anforderungen und kann bei minder Geübten durch Verwechslung des roth-violetten Joddampfes mit einem schwachen Quecksilberjodidbeschlag, wenn es sich um minimale Quecksilbermengen handelt, leicht zu Täuschungen führen. Von Modificationen des Verfahrens erwähne ich das von Fürbringer, Paschkis, Almén, Brassé, R. Winternitz etc. Sie alle sind nur an einem chemischen Laboratorium von geschulten Chemikern ausführbar und wenig geeignet für die praktischen Zwecke der Klinik. Eine gewisse Sonderstellung nimmt das Schridde'sche Verfahren ein, in welchem das Hg als Sulfid mittelst H_2S gefällt wird, der Niederschlag durch Königswasser zersetzt und dann erst die Fürbringer'sche Methode angeschlossen wird. Wolff und Nega halten diese Methode für die genaueste, doch haftet ihr derselbe Fehler an, wie den andern Verbesserungen der Ludwig'schen Methode, nämlich die Complicirtheit. Der Vorzug, den die Methode von Jolles diesen Verfahren gegenüber hat, besteht in ihrer grossen Einfachheit, die es jedem Arzte nach geringer Uebung ermöglicht, minimale Hg-Mengen in kurzer Zeit sicher nachzuweisen. Die leicht zu beschaffenden Hilfsmittel hiezu sind: eine galvanisch vergoldete Platinplatte, ein Wasserbad und ein Kipp'scher



Apparat zur Erzeugung von Schwefelwasserstoff. Ich werde später auf die einzelnen Details der Methode zurückkommen, an dieser Stelle will ich nur das Princip des Verfahrens auseinandersetzen. Man versetzt (Lehmann) die zu untersuchende organische Flüssigkeit, sei es Harn, Speichel oder Schweiss mit chlorsaurem Kali und concentrirter Salzsäure, um einerseits die organischen Substanzen zu zerstören und andererseits das Hg, in welcher Form immer es vorhanden sein mag, in Sublimat überzuführen. Ist kein freies Chlor mehr in der Flüssigkeit vorhanden, so gibt man Zinnchlorür hinzu, um aus dem Sublimat das Hg als Metall abzuscheiden, welches sich in Statu nascendi mit der Gold-Platinplatte amalgamirt. Diese Platte wird sodann in verdünnte Salpetersäure getaucht, in welcher sich nur das Quecksilber auflöst, Platin und Gold dagegen unverändert bleiben. Diese salpetersaure Lösung des Quecksilbers wird hierauf mit Schwefelwasserstoffwasser versetzt, wobei durch Bildung von Schwefelquecksilber eine Gelb-Braunfärbung entsteht, wenn die Quecksilbermenge in 100 Ccm. Flüssigkeit nicht unter 0·000066 Mg. Hg war. (Bei seiner ersten Methode verwendete Jolles statt der Gold-Platinplatte gekörntes Gold, dessen Herstellung gewissen Schwierigkeiten unterlag und zum Nachweise des Quecksilbers in der salpetersauren Lösung Zinnchlorür, womit eine geringere Empfindlichkeit verbunden war.)

Was die Empfindlichkeit dieser neuen Methode betrifft, so lehrt ein Blick auf die durch genaue Versuche ermittelte Zahl von 0·000066 Mg. Hg in 100 Ccm., dass dieselbe das Verfahren Schneider's an Genauigkeit übertrifft, und von der Verlässlichkeit konnten wir uns dadurch überzeugen, dass wir minimale Quantitäten Quecksilber, die durch Verdünnen einer bekannten Quecksilberlösung erhalten wurden, durch diese Methode nachzuweisen suchten, was uns auch in allen Fällen gelang. Ich glaube demnach in der Verwendung dieser Methode zum Nachweise so geringer Quecksilbermengen, wie sie im Speichel zu erwarten waren, richtig verfahren zu haben.

Das Material, das mir mein hochverehrter Chef Hofrath Professor Neumann in liebenswürdigster Weise zur Verfügung stellte, theilte ich in drei Gruppen ein: In die 1. Gruppe ge-

hörten Kranke, welche Quecksilber systematisch als Heilmittel bekamen; in die 2. Leute, welche sich Tag und Nacht in den Zimmern aufhielten, wo die Quecksilbercuren durchgemacht wurden, ohne selbst Quecksilber therapeutisch zu gebrauchen, und endlich zur 3. Gruppe Personen, die nur einen Theil des Tages in der Klinik beschäftigt waren. Die erste Gruppe bestand naturgemäss aus 3 Kategorien: nämlich

a) aus Patienten, die die Inunctionscur machten,

b) aus solchen, die Quecksilberinjectionen bekamen und

c) aus Luetikern, welche Quecksilber innerlich nahmen.

Zur zweiten Gruppe gehörten die Wärterinnen und die Patienten, die keine Quecksilbercur durchmachten und endlich zur dritten die Aerzte der Klinik.

Der Gesammtspeichel wurde unter den grössten Cautelen gesammelt, so dass eine nachträgliche Verunreinigung desselben vollkommen ausgeschlossen erscheint. Die Menge desselben variirte von 100—150 Ccm., das specifische Gewicht von 1·004 bis 1·0095.

Im Ganzen machte ich bei 37 Fällen 98 Untersuchungen und zwar bei 14 Patienten, die die Schmiercur absolvirten 45 Mal, bei 6 Patienten, die Injectionen bekamen 23 Mal, bei 3 innerlich mit Quecksilber Behandelten 6 Mal, bei 4 Wärterinnen und 3 Patienten, die sich nur im Krankenzimmer der Einreiber aufhielten 13 Mal, bei 6 Kranken, die schon vor längerer Zeit Quecksilber gebraucht hatten, wurde der Gesammtspeichel sofort nach ihrer Aufnahme in die Klinik untersucht und endlich wurden 5 Untersuchungen mit meinem eigenen Sputum angestellt. Als Vorversuch wurden 100, 200, 300, 500 Ccm. Wasser, die durch 7 Tage in den Zimmern, wo die Einreibungen vorgenommen wurden, in flachen, offenen Schalen gestanden hatten, auf Hg untersucht. Die peinlichst genau durchgeführte Untersuchung ergab stets ein vollkommen negatives Resultat, so dass eine nachträgliche Absorption von Hg durch die in den Krankensälen gesammelten Sputa ausgeschlossen erscheint.

Ich will nun zur detaillirten Beschreibung der Methode Jolles', die ich mit einigen unwesentlichen Modificationen ausschliesslich verwendet habe, übergehen, um dann meine



Resultate und Schlussfolgerungen mitzutheilen, wobei ich durchaus keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder endgiltigen Abschluss einer Frage erheben, sondern nur eine etwas grössere Zahl von Untersuchungen mit den daraus zu ziehenden Schlüssen veröffentlichen will. Der zu untersuchende Gesammtspeichel wurde in ein ziemlich weites Becherglas von 800 Ccm. Fassungsraum geschüttet und mit destillirtem Wasser auf circa 500 Ccm. aufgefüllt, und dazu 10 Ccm. chlorfreie concentrirte Salzsäure mit 1—2 Gr. chlorsaurem Kali hinzugefügt. Diese Flüssigkeit wurde nun solange unter steter Nachfüllung von destillirtem Wasser in gelindem Kochen erhalten, bis kein freies Chlor mehr nachweisbar war, was ich daran erkannte, dass Jodzinkstärkelösung mit einer geringen Menge der erkalteten Flüssigkeit versetzt keine Violettfärbung mehr gab. Jetzt wurde das galvanisch vergoldete Platinblech (ich benutzte hiezu eine von W. C. Heraeus in Hanau galvanisch vergoldete Platinwellblechelektrode von circa 8 Cm. Länge und 8 Cm. Breite) in die Flüssigkeit eingesenkt. Ich erwähne bereits hier, dass ich immer vor jeder Untersuchung die Platte in einer flachen Schale mit verdünnter Salpetersäure (1 : 4) auf dem Wasserbade eine Viertelstunde erwärmte, einerseits, um jede Spur von Hg zu entfernen, andrerseits, um diese bis auf 4 Ccm. eingedampfte Flüssigkeit in einer Eprouvette als Controlflüssigkeit zu benützen. War das Platinwellblech in das Becherglas eingesenkt, so setzte ich 2—3 Gr. Zinnchlorür und solange concentrirte Salzsäure (ungefähr 30—40 Ccm.) hinzu, bis die Flüssigkeit klar wurde und erhielt dieselbe durch eine Viertelstunde in gelindem Kochen. Hierauf wurde die Platinplatte herausgenommen, zuerst mit gewöhnlichem, dann mit destillirtem Wasser abgespült und in eine runde Schale mit ebenem Boden gelegt. In diese wurde nun soviel verdünnte Salpetersäure (1 : 4) gegossen, dass die Platte vollkommen bedeckt war, und das Ganze auf dem Wasserbade solange erwärmt, bis das Volumen der Salpetersäure nur mehr 4 Ccm. betrug. Diese Flüssigkeit (salpetersaure Hg-Lösung) wurde in ein Reagensglas gegossen, abgekühlt und mit 3—4 Ccm. frisch bereitetem Schwefelwasserstoffwasser versetzt. Dasselbe geschah mit der durch das Auskochen der Platte erhaltenen Controlflüssigkeit und die

beiden nun verglichen. War Hg vorhanden, so entstand in der ersten Röhre eine Gelb-Braunfärbung, je nach der Menge des vorhandenen Quecksilbers. Da die Intensität dieser Gelbfärbung bei geringen Hg-Mengen mit der Quantität des vorhandenen Hg zunimmt, so konnte ich mir auch über die relative Menge des Hg ein Urtheil bilden, das heisst ich konnte sagen, in dem einen Falle ist wenig, in dem zweiten mehr und im dritten Falle viel Hg vorhanden, da ja womöglich gleiche Volumina von Gesammtspeichel untersucht wurden. Auf dieser Eigenschaft beruht übrigens die colorimetrische Methode von A. Jolles, Hg in geringer Menge quantitativ zu bestimmen, deren ich mich in einem Falle bedient habe, um im Gesammtspeichel Hg quantitativ nachzuweisen und auf die ich erst ausführlich in einer späteren Arbeit über Hg-Ausscheidung zurückkommen werde. Hier sei nur darauf hingewiesen, dass dieselbe um vieles genauer ist, als die bisher üblichen Wägungsmethoden, wie ja überhaupt die colorimetrischen Methoden in der Chemie, dort wo es sich um sehr geringe Mengen handelt, vorgezogen werden. (Z. B. die allgemein in der analytischen Praxis angewendete Methode von Eggerth zur Bestimmung des Kohlenstoff-Gehaltes im Stahl, die colorimetrische Bestimmung des Ammoniaks im Trinkwasser nach Frankland und Armstrong, die der salpetrigen Säure nach Trommsdorff etc.)

Von den 14 Patienten, die die Einreibungscur durchmachten, hatten 3 schon früher eine Hg-Therapie gebraucht; doch ergab die Speichelanalyse ein ganz negatives Resultat. Die Schmiercur wird auf der Klinik Neumann in der Weise ausgeführt, dass an 5 Tagen hintereinander je 3 Gr. graue Salbe verrieben werden, am 6. ein Bad genommen wird, hierauf wieder 5 Tage eingerieben u. s. f., so dass in 5 Wochen eine Cur beendet ist. Von den 45 Analysen, die mit dem Gesammtspeichel während und nach der Inunctionscur vorgenommen wurden, ergaben 19 ein positives, 26 Analysen ein negatives Resultat, wobei diejenigen Untersuchungen, bei denen sich Spuren von Hg ergaben, zu den negativen gerechnet wurden. Die Vertheilung der Resultate auf die einzelnen Analysen ergibt nachstehende Tabelle:

Anzahl der Einreibungen, nach welcher die Untersuchung vorgenommen	Anzahl der vorgenommenen Analysen	Anzahl der positiven Analysen	Anzahl der negativen Analysen	
1.	4	0	4	während der Einreibungscur
2.	3	0	3	
3.	3	0	3	
4.	2	0	2	
5.	2	1	1	
6.	3	0	3	
7.	2	1	1	
8.	2	1	1	
9.	1	1	0	
10.—30.	16	13	3	
1. Tag	1	1	0	Nach der Cur
3. „	1	0	1	
5. „	1	1	0	
7. „	2	0	2	
8. „	2	0	1	
Summe . .	45	19	26	

Aus diesen Zahlen geht hervor, dass Hg zum ersten Mal nach der 5. Einreibung im Speichel nachzuweisen war, dass von der 5. bis zur 9. Einreibung bald Hg anzutreffen war, bald nicht, und dass erst von der 10. Einreibung angefangen sich eine ziemliche Constanz bemerkbar machte, bis auf drei Fälle, von denen sogar einer nach 30 Einreibungen ein negatives Resultat ergab. Am 7. und 8. Tage nach beendeter Cur konnte ich es im Gesammtspeichel nicht mehr nachweisen, obwohl es doch im Harne durch Wochen und Monate nachweisbar ist (Welander, Vajda, Paschkis etc.). Jedenfalls erscheint Hg im Harne früher als im Speichel und wird auch constanter und länger durch den Harn ausgeschieden. Von diesen 14 Fällen hatte keiner eine Stomatitis, nur bei zweien,

bei denen übrigens die Untersuchung zu dieser Zeit ein negatives Resultat ergab, bestand ein paar Tage hindurch eine leichte Auflockerung des Zahnfleisches. Dass ein Aufenthalt von 6 Wochen in einem Raume. wo Hg-Curen vorgenommen werden, nicht genügt, um das Auftreten von Hg im Speichel hervorzurufen, sondern dass dazu die Schmiercur oder sonst eine Hg-Cur nothwendig ist, beweisen die negativen Resultate am Ende und nach der Schmiercur, sowie die bei der Injectionscur. Vielleicht hätte ich mehr positive Analysen erzielt, wenn die Quantität des Gesammtspeichels eine grössere gewesen wäre, doch ich wollte nicht länger als höchstens durch 24 Stunden den Speichel sammeln, um nicht dadurch, dass mehrere Einreibungen oder Injectionen während der Sammlung des Speichels gemacht wurden, die Ergebnisse zu compliciren. An dieser Stelle will ich einen Fall erwähnen, der am 23. October 1900 in die Klinik kam, nachdem er im Jänner 1900 im Garnisonsspitale 40 Einreibungen und vom 3.—30. Juli an der Klinik Neumann 11 Einreibungen wegen Papulae mucos. oris und lenticulären Efflorescenzen im Gesichte gemacht hatte. Patient bot bei seiner Aufnahme die charakteristischen Symptome einer Stomatitis mercurialis mit Salivation, gab jedoch bestimmt an, dass er seit 30. Juli, an welchem Tage er die Klinik verlassen hatte, kein Hg gebraucht habe. Die Untersuchung der Mundflüssigkeit auf Hg ergab relativ viel Hg. Wenn die Angaben des Patienten, die übrigens glaubwürdig erschienen, auf Wahrheit beruhen, so wäre $2^3/_4$ Monate nach der letzten Hg-Cur eine mercurielle Stomatitis aufgetreten, in deren Secret sich reichlich Hg vorfand. Ich will aus diesem einzigen Falle keine weiteren Conclusionen ziehen, als Thatsache ist er immerhin interessant. 5 Fälle, die vor verschieden langer Zeit (von 6 Wochen bis zu einem Jahre) Quecksilber gebraucht und bei denen ich sofort nach ihrem Eintritte ins Spital den Gesammtspeichel auf Quecksilber untersuchte, ergab die Analyse ein total negatives Resultat, so dass obiger Fall vereinzelt dasteht. Ich komme nun zu den Speichelanalysen bei den Patienten, die täglich Injectionen von einer Pravazspritze, einer Lösung, bestehend aus Hydrargyrum succinimidatum, Cocain aa 0·30, Aq. dest. 30·00 bekamen. Von den 23 Analysen,



die bei 6 Patienten ausgeführt wurden, fielen 9 positiv, 14 negativ aus. Nachstehende Tabelle zeigt das Verhältniss dieser Analysen zur Anzahl der vorausgegangenen Injectionen:

Anzahl der Injectionen, nach welcher die Untersuchung ausgeführt wurde	Anzahl der Analysen	Anzahl der positiven Analysen	Anzahl der negativen Analysen	
1.	5	0	5	Während der Cur
2.	5	0	5	
3.	4	2	2	
4.—30.	6	5	1	
1. Tag	1	1	0	Nach der Cur
3. „	1	1	0	
4. „	1	0	Spuren 1	
Summe . .	23	9	14	

Quecksilber trat demnach zum ersten Male nach der 3. Injection im Gesammtspeichel auf, war nach dieser bis auf einen einzigen Fall constant anzutreffen, wenigstens bei der geringen Anzahl von Analysen (6), die ich anstellte, und war am 4. Tage nach Beendigung der Cur in einem Falle nur mehr in Spuren nachweisbar. Relativ war die Quecksilbermenge grösser als bei der Einreibungscur. Es tritt also Quecksilber bei der Injectionscur früher im Speichel auf, als bei Inunctionen, doch ist die Ausscheidung desselben rascher beendet.

Bei den 3 Patienten, die Quecksilber innerlich in Form des Decoctum Zittmann bekommen hatten, erhielt ich bei 6 Analysen jedesmal positive Resultate, die ich jedoch nicht verwerthen kann, da in der Mundhöhle trotz der sorgfältigsten Reinigung vor der Sammlung des Speichels vom Medicament genug Quecksilber zurückgeblieben sein konnte, um einen positiven Hg-Nachweis zu ermöglichen.

Die 13 Untersuchungen, die ich bei 4 Wärterinnen der Klinik und bei 3 Patienten, die kein Hg gebrauchten, sondern

sich nur Tag und Nacht in den Krankensälen, wo die Schmiercuren vorgenommen wurden, aufhielten, ergaben 8 Mal ein deutlich positives Resultat. Und zwar war dies nur bei den 4 Wärterinen und bei einem Patienten, der sich über 11 Wochen an der Klinik aufhielt, der Fall, die 2 anderen Patienten, die nur kurze Zeit an der Klinik waren, lieferten bei fünfmaliger Untersuchung ein Hg-freies Sputum. Es gehört also ein längerer ununterbrochener Aufenthalt in Krankenzimmern, wo Hg verdampft, dazu, um das Auftreten von Hg im Gesammtspeichel zu veranlassen. Dies beweist auch die fünfmalige negative Untersuchung meines eigenen Sputums, der ich mich höchstens durch 8 Stunden des Tags an der Klinik aufhielt. Eine quantitative Bestimmung wurde am Gesammtspeichel eines Patienten unternommen, der mit Gummata faciei an der Klinik lag und mit Injectionen von Hydrargyrum succinimidatum behandelt wurde. Er hatte schon früher wiederholt Hg-Curen durchgemacht, doch ergab die Speichelanalyse bei seinem Eintritte ins Spital das vollständige Fehlen von Hg. Nach der 15. Injection (0·01 [Hydr. succinim.] $\times$ 15 $=$ 0·15 entspricht 0·095 Gr. Hg) wurden circa 150 Gr. Gesammtspeichel gesammelt. Das specifische Gewicht betrug 1·0095, Rhodankalium war deutlich, Ammoniak nur in Spuren nachweisbar (im Gegensatz zu Kletzinsky). Die Chloride im Speichel betrugen 2·22 Gr., der Säuregehalt 7 Ccm. Normallauge. In 100 Ccm. fanden sich 0·999 Gr. Trockensubstanz, welche wieder in Lösung gebracht, zur quantitativen Bestimmung des Hg verwendet wurden. Wie oben erwähnt, wurde das colorimetrische Verfahren von Jolles angewendet und es fanden sich 0·17 Mg. Hg in 100 Ccm. Speichel auf 1·0 Trockensubstanz. Wenn man erwägt, dass nach Landois die täglich ausgeschiedene Speichelmenge zwischen 200—1500 Gr. schwankt, so wäre die durch den Speichel ausgeschiedene Hg-Menge doch nicht so unbedeutend, als man bisher angenommen hat. Doch möchte ich aus diesem Fall keine besonderen Schlüsse ziehen, sondern dieser Frage erst in einer späteren Arbeit näher treten.

Die Resultate meiner jetzigen Arbeit berechtigen zu folgenden Schlüssen:

1. Hg wird bei Hg-Curen durch den Speichel ziemlich constant ausgeschieden.



2. Bei der Injectionscur erscheint es früher im Speichel, als bei Inunctionen, doch in beiden Fällen ist es später nachweisbar als im Harne und in den Faeces.

3. Bei der Injectionscur mit löslichen Hg-Präparaten verschwindet es früher aus dem Speichel als bei der Schmiercur und in beiden Fällen viel früher als aus dem Harne.

4. Nur bei längerem, continuirlichem Aufenthalte in Räumen, wo Hg verdampft, erscheint es im Speichel.

Zum Schlusse bleibt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Herrn Chef, Hofrath Prof. Neumann, für die Ueberlassung des Materiales meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Almén. Jahresbücher für Thierchemie. 1886, 221. — Ibidem. Zeitschrift f. analyt. Chemie. 26. 669. 1887. — 2. Brassé L. Comptes rendus de la soc. de Biologie. 1897. 297. — 3. Bodzýnski. Zeitschrift f. analyt. Chemie. 32, 302. — 4. Fürbringer. Berliner klin. Wochenschrift. 1878. 332. — 5. Jolles Ad. Zeitschrift f. analyt. Chemie. XXXIX. 4. Heft. 230. Aus den Sitzungsberichten der kaiserl. Akademie der Wissenschaften in Wien. Mathemat.-naturwissenschaftl. Classe. Bd. CIX. Abtheilung II b. März 1900. — 6. Kronfeld u. Stein. Wiener med. Wochenschrift. 1890. pag. 25. — 7. Lanz A. Sitzungsberichte der Gesellschaft d. Aerzte in Moskau. 22. Mai 1889. — Ibidem. Klinische und experimentelle Beiträge zur Pathogenese der mercuriellen Stomatitis und Salivation. Berlin 1897. — 8. Lindén. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1892. XXIV. Erg.-Heft 171. — 9. Ludwig. Wiener med. Jahrbücher. 143 1877, 493 1880. — 10. Merget. Mercure, Action physiologique, toxique et therapeutique Paris 1894. — 11. Neumann. Lehrbuch der Syphilis. Wien 1899. — 12. Schneider. Sitzungsber. d. kais. Akademie d. Wissenschaften in Wien. Classe IX. Bd. XL. pag. 2139. 1860. — 13. Schmidt Oskar. Ueber die Ausscheidung des Quecksilbers mit besonderer Berücksichtigung des Speichels. Dorpater Diss. 1879. — 14. Schuster. Ausscheidung des Quecksilbers während und nach Hg-Curen. Aachen 1881. — Ibidem. Deutsche medicin. Wochenschrift. 1884. Nr. 18. — 15. Vajda-Paschkis. Ueber den Einfluss des Hg auf den Syphilisprocess. 1880. Wien. — 16. Welander. Nord. med. Arkiv. 1886. Bd. XVIII. Nr. 12, pag. 1. — Ibidem. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 1893. XXV. 39. — 17. Winternitz R. Arch. f. experim. Pathologie 25, 229. 1889. — 18. Wolff C. H. Zeitschrift f. analyt. Chemie. 23, 593. — 19. Wolff u. Nega. Deutsche med. Wochenschrift. 1886. 256, 272. — Ibidem Zeitschrift f. analyt. Chemie. 26, 116.



Aus dem Laboratorium des Prof. Dr. Ehrmann in Wien.

Zur Kenntniss der „systematisirten Naevi" und ihres Ursprungs.

Von

Dr. **T. Okamura,**
Tokio, Japan.

(Hiezu Taf. XIX—XXII)

Seitdem v. Bärensprung zuerst die eigenthümliche Anordnung und die merkwürdigen Formen von Naevis, auf welche schon Thomson, Rayer, Wernherr und Adams etc. aufmerksam gemacht hatten, Nerven-Einflüssen zugeschrieben hatte, traten noch andere Autoren auf, die gleichfalls dieses räthselhafte Krankheitsbild mit gewissen topographisch-anatomischen Verhältnissen in einen Zusammenhang zu bringen bemüht waren. Wie Bärensprung gelang es auch ihnen, durch eine Reihe von Publicationen viele Anhänger zu finden, die sich ihrer Ansicht anschlossen. Bei näherer Betrachtung der Angaben und Beschreibungen werden wir jedoch finden, dass dieselben keine vollkommene Uebereinstimmung des Krankheitsbildes zeigen, was — wie wir später sehen werden — auch das Auftauchen vieler anderer Anschauungen zur Folge hatte, die entweder topographische oder genetische Verhältnisse zur Erklärung der Befunde heranzogen. Das geht auch schon daraus hervor, dass diese Bildungsanomalie mannigfache Bezeichnungen in der Literatur trägt und von den einen (Gerhardt) der Gruppe der Papillome, von anderen (Butruille, Koren, Philippson) der Ichthyosis zugezählt, im Allgemeinen aber als Naevus richtig bezeichnet wird.



Erst Jadassohn gebührt das Verdienst, durch seine ausführliche literarische Arbeit (1895) alle diese complicirten Krankheitsbilder systematisch geordnet und erläutert zu haben, wodurch die verschiedenen, bis jetzt herrschenden Angaben der Autoren eine classische Verwerthung erlangt haben.

Bevor ich zur Beschreibung meiner Fälle schreite, möchte ich noch einen Schlusssatz aus Jadassohn's Arbeit anführen:

. . . „Von diesen Liniensystemen kennen wir bisher die Voigt-schen Grenzlinien der Hautnerven - Verästelungsgebiete, mit denen eine Anzahl von Naevi in auffallender Weise harmonirt. (Philippson.) Wir kennen ferner die metamere Anordnung am Rumpfe, die zuerst Pečirka betont hat; endlich haben wir in einer grossen Anzahl auffallende Uebereinstimmung mit den die Haarströme charakterisirenden Linien gefunden, auf die Blaschko in einem Falle speciell hingewiesen hat."

In den einschlägigen fünf Fällen, worüber ich nur referiren will, zeigt sich einerseits eine metamere Anordnung der Geschwulst, andererseits folgt ihr Verlauf den Haarströmen, wie wir dies aus folgenden Krankengeschichten, die sämmtlich dem Ambulatorium des Herrn Prof. Ehrmann entnommen sind, erkennen.

I. Fall. (Fig 1.) Status präsens. H. S., Maurer, 32 Jahre alt, leidet an Scabies. Als accessorischer Befund findet sich ein einseitiger Naevus, welcher die linke Körperhälfte genau von der vorderen Medianlinie bis zur hinteren Axillarlinie umgreift (Fig. 1). Der Naevus besteht aus flachen, theils einzelstehenden, theils confluirenden, kaffeebraunen, von kleinen, bienenwabenähnlichen Grübchen durchsetzten Gebilden. Er zerfällt in zwei parallellaufende, vorne in der Mittellinie zusammenstossende Züge, von denen der untere länger ist, und folgenden Verlauf zeigt: er beginnt, wie erwähnt, in der hinteren Axillarlinie unterhalb der Scapula, steigt leise an nach oben bis zur vorderen Axillarlinie, welche er an der Knochen-Knorpelgrenze der VI. Rippe erreicht, und steigt nach abwärts, immer breiter werdend, bis fast in die Nähe des Nabels. Der obere kürzere Ast beginnt vom untern getrennt ganz schmal in der vorderen Axillarlinie an der Umbiegungsstelle des ersten Zuges, steigt bis in die Magengrube, wo er, ebenfalls breiter werdend, mit dem ersten confluirt und mit demselben eine dreieckige Figur bildend genau in der Mittellinie durch eine scharfe Linie begrenzt wird. Den Beginn des Naevus, ob von seiner ersten Jugend oder seit seiner Geburt, weiss Patient nicht anzugeben.

II. Fall. (Fig. 7, 7a, 7b.) Patient ist Kutscher, etwa 50 Jahre alt.

Status präsens: Die Haut des Naevus ist flach, nicht erhaben, zeigt keine wesentliche Schuppenbildung, ist in ihrer Felderung von der Umgebung nicht verschieden. Der Naevus selbst von der Farbe eines dunklen Milch-



kaffees, mit intensiv braungefärbten ephelidenartigen Flecken auf dünnem blassbraunem Grunde. Die Grenzen sind: vorne, unten die Mitte des linken Oberschenkels, vorne, innen beiläufig der Rand des M. vastus, die obere Grenze verläuft etwa zwei Querfinger unterhalb des Poupart'schen Bandes und parallel zu demselben nach rückwärts in die Höhe des Trochanter major. Die Grenze des Naevus geht ganz horizontal über die Glutaealwölbung, biegt, ohne die grosse Wölbung der Glutaei zu erreichen, nach abwärts, wobei sie mehrere tiefe Einbuchtungen bildet, welche zwei zungenförmige Fortsätze des Naevus abzeichnen, erreicht den unteren Glutaealrand und geht von da schräg mit einigen halbinselförmigen Zacken wieder auf die äussere Vorderfläche des Oberschenkels, wo er in die Mitte desselben zurückläuft.

Die Behaarung des Naevus sowohl im Vergleiche mit seiner Umgebung, wie auch mit der entsprechenden Region der anderen Seite ist eine sehr viel stärkere. Die Haare halten die bekannten, normalen Haarströme ein. Am oberen Rande des Darmbeines erstreckt sich die stärkere Behaarung etwas über die pigmentirte Naevuspartie hinaus, ist jedoch scharf begrenzt. Die Haut dieser Stelle zeigt sich in ihrer Farbe von der der Umgebung verschieden, so dass auch diese Partie, wenn auch nicht pigmentirt, dennoch zum Naevus zu zählen ist.

III. Fall. (Fig. 3 a) betrifft einen 24jährigen Diener, der an Lues leidet. Derselbe hat in der Lendengegend entsprechend etwa dem hinteren Rande der Crista ilei rechts einen ca. 6 Cm. langen, $1\frac{1}{2}$ Cm. breiten behaarten Naevus von ziemlich dunkelbrauner Farbe, innerhalb desselben dunklere ephelidenartige Flecke. Die Richtung des Naevus nach der Richtung der Haarlinie ist, wie die Zeichnung lehrt, so auffallend, dass darüber kein weiteres Wort zu sprechen ist.

IV. Fall. (Fig. 6 a) 28jähriger Mann, leidet an Lues, zeigt in der linken Schulterblattgegend eine Pigmentirung in rhomboidaler Form, welche nahezu die ganze Scapulargegend einnimmt und nur einen Theil der Gegend der Fossa supraspinata freilässt. Die Farbe der Pigmentirung ist milchkaffeeartig, nicht gleichmässig, zeigt etwas blassere Stellen, ist am Rande nicht scharf begrenzt, sondern unregelmässig, landkartenförmig. Die längste Axe der pigmentirten Stelle verläuft vom oberen inneren Winkel der Scapula bis zur hinteren Axillarlinie in der Höhe der Scapularspitze, bildet also mit der Mittellinie einen spitzen Winkel, ganz so wie die Haarlinien und Spaltrichtungen des Erwachsenen. Im Bereich des Naevus sind einzelne Haarstreifen, deren Richtung der längsten Achse des Naevus entspricht mithin der normalen Richtung der Haarströme beim Erwachsenen, wie Fig. 2 zeigt.

V. Fall. (Fig. 6 b.) 45 Jahre alter Schuhmacher gibt an, seit seiner Kindheit den Naevus zu haben. Derselbe, den letzten Rippen der rechten Seite entsprechend, landkartenartig begrenzt, aber verschwommen ins Normale übergehend, zeigt gar keine Hypertrophie der Haare. Die Form ist trapezförmig und seine längste Achse bildet einen Winkel mit der Mittellinie, der grösser (weniger spitzig) ist als beim Falle IV.



Vom I. Falle von Naevus unius lateris wurde behufs histologischer Untersuchung ein Stück Haut exstirpirt und es zeigte sich im Präparate kein besonders abweichender Befund von dem des Papilloms.

Die Leisten des Stratum malpighii sind bedeutend hypertrophirt, so dass sich breite und lange Epithelzapfen in die Cutis hineinstrecken. Einzelne Zellen sind vergrössert und mit deutlichen Stacheln versehen, die interspinalen Räume sind erweitert. Ueberhaupt sind die Basalzellen pigmentirt und zwischen ihnen sowohl im Papillarrande als in dem interspinalen Raume die feinen Fortsätze der grossen „Melanoblasten" constatirbar.

Das Stratum granulosum bilden bloss wenige Reihen von Zellen, worin das Keratohyalin recht spärlich mit Hämatoxylin nachweisbar ist.

Das Stratum lucidum ist nicht nachweisbar.

Das Stratum corneum ist über den Kuppen der vergrösserten Papillen nicht wesentlich verdickt, dagegen findet man eine concentrisch geschichtete Anhäufung von Hornzellen in den Zwischenräumen der Papillen. An der Oberfläche zeigen diese Anhäufungen kleine nabelförmige Einziehungen, welche das bienenwabenähnliche makroskopische Aussehen der Naevusoberfläche begründen.

Die Papillen sind auch hypertrophirt, den Epithelzapfen entsprechend verlängert und verbreitert. An manchen Stellen zeigen ihre Durchschnitte hübsche, regelmässige, parallel angeordnete Säulchen. Die Melanoblasten sind zahlreich in der Papillar- und niemals in der Subpapillarschichte vertreten. Ihre Form ist ziemlich variabel, entweder sternförmig oder langgestreckt, aber wir finden keine Naevus-Zellen, keine epitheloiden Klümpchen von Pigment, das sehr oft bei weichem Pigmentnaevis zu finden ist. Die Mastzellen kommen in ziemlicher Anzahl vor; hauptsächlich in der Papillar- und Subpapillarschichte finden sie sich in der Nähe der Gefässe. Es scheinen auch die Gefässe etc. gegen die Norm hypertrophisch zu sein, von einer Infiltration ist keine Spur nachweisbar.

Die elastischen Fasern weichen gar nicht von der Norm ab, zeigen jedoch eine viel hübschere regelmässigere



Anordnung im Papillarkörper als sonst. Sie verlaufen von der Subpapillarschichte an abzweigend senkrecht gegen die Hautoberfläche hin, den hypertrophisch verlängerten Papillen folgend.

Ebenso wenig als die epitheloide Zellnester gefunden wurden, war bei den Schweiss- und Talgdrüsen irgend eine Abnormität nachweisbar.

Was die topographischen Verhältnisse der linearen Naevi unseres I. Falles, welcher das aller complicirteste Bild zeigt, betrifft, so werde ich darzulegen suchen, in wie weit hier die bisherigen Hypothesen zur Geltung kommen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass weder die von Bärensprung'sche Hypothese, nach welcher, wie wohl bekannt, die Verlaufsrichtung der Naevi einem Nervenverlaufe entspräche, noch die Philippson'sche Annahme, nach welcher sich eine Uebereinstimmung mit Voigt's Grenzlinien der peripheren Nerven findet, hier ihre Verwerthung finden können. Ebenso wenig entspricht die Verlaufsrichtung der Geschwulst dem Blut- und Lymphgefässverlaufe der Haut.

Vergleicht man die Krankheitsbilder mit den beiliegenden Voigt'schen Tafeln der Haarströme, so ergibt sich folgender Befund. Wie Voigt's Tafel (Fig. 4) zeigt, verläuft beim Neugeborenen der Voigt'sche „Haarflur“ der Brust- und deroberen Bauchgegend von der zwischen Mamillar- und Axillarlinie befindlichen Divergenzlinie absteigend in der Richtung nach vorne bis zur vorderen, rückwärts bis zur hinteren Medianlinie. Nur bezüglich der Stelle, wo die Linie zusammenstossen, besteht bei unserem Falle eine Differenz gegenüber dem foetalen Befund, die später bei Besprechung der Wachsthumverhältnisse erklärt wird. Durch sie wird es verständlich werden, dass bei unserem Kranken der lineare Naevus vom Rücken ausgehend, ungefähr in der Mitte zwischen Axillar- und Mamillarlinie langsam ansteigend seinen höchsten Punkt erreicht und dann steil abfallend gegen die Mittellinie verläuft. Was nun den Neigungswinkel zur Horizontalen, der in Folge des Absteigens entsteht, betrifft, so findet man auch in den Voigt'schen Tafeln, dass der Haarflur mit der vorderen Mittellinie einen spitzeren Winkel bildet als mit der hinteren, während er mit seinem hinteren Schenkel zur Mittellinie fast senkrecht gestellt ist.



Bezüglich des II. Falles sei erwähnt, dass in der Gesässgegend der Haarflur nach Voigt (Fig. 4) von den seitlichen Divergenzströmen aus gegen das Steissbein hinzieht und hier mit den die mittlere Nackenflur seitlich begrenzenden convergenten Strömen zusammentrifft. Er ist in der oberen Partie von der Seite aus nach rückwärts mehr absteigend, in der mittleren nahezu horizontal, und in der unteren Partie nimmt die Krümmung unter der Gesässwölbung mehr eine solche Richtung ein, dass sie bis weit nach unten, und zwar bis zur Mitte des Femur an die laterale Fläche desselben heranreicht. (Fig. 3, 7, 7a, 7b.) In der Inguinalgegend verläuft die Haarrichtung schief parallel zum Poupart'schen Bande. — Bei unserem II. Falle ist zwar der Naevus nicht streifenförmig schmal, wie es auch bei III, IV und V der Fall ist, folgt aber doch als etwas zwar breitere und doch sehr in die Länge gezogene Fläche vollkommen den Linien der Haarströme, was hier umso besser zu sehen ist, weil die Haare im Bereiche desselben sehr stark entwickelt sind und in ihrer Richtung den Strömen der entgegengesetzten normalen Seite des Körpers entsprechen. — Für den III. Fall ist leicht zu erkennen, dass die Naevi und Haarströme sich gegenseitig decken. (Fig. 3.)

Es findet sich somit hier die beinahe vollkommene Uebereinstimmung mit den Haarströmen vor, und zwar zeigt im I. Falle die Richtung der Naevi den für die Haarströme charakteristischen, wellenförmigen Verlauf, so dass man einen gewissen Zusammenhang zwischen Naevi und Haarströmen annehmen darf. Wenn aber im IV. und V. Falle der Verlauf des Naevus gegen den des Voigt'schen Haarströme zu sprechen und mehr den Spaltrichtungen der Haut zu entsprechen scheint, so werde ich dies später zu erklären versuchen. Nur bemerke ich hier, dass in unserem II. und III. Falle gleichfalls die Spaltrichtung der Haut zur Geltung kommt, wofür der Grund darin liegt, dass in der Rücken- und in der Gesässgegend auch an manchen anderen Stellen der Haut, wie hinlänglich bekannt, die Richtung der Haarströme und Spaltrichtung sich decken.

Dass Naevi unius lateris und Haarströme dieselbe Verlaufsrichtung zeigen, darauf hat Blaschko zuerst vor mehreren Jahren bei einem von Alexander beschriebenen Falle hingewiesen.

Seither hatte sich Jadassohn mit dieser Frage beschäftigt und sowohl durch eigene Beobachtungen als auch in den in der Literatur beschriebenen Fällen die Anschauung Blaschko's bestätigt gefunden.

Alexander's Fall zeigte eigentlich keine vollkommene Uebereinstimmung mit den Voigt'schen Tafeln der Haarströme, so dass er sehr schwer auf diese Vermittlung kommen konnte.

Jadassohn's Fälle, welche er dem Falle Alexander's analog hervorgehoben hatte, weisen auch auf keine stricte Uebereinstimmung mit den Haarströmen hin, dass, wie er selbst eingesteht, sowohl die Höhe, der Grad, die Stelle der Knickung als auch die Verlaufsrichtung der Naevi von den Haarströmen Voigt's abweicht.

Er gibt aber mit Recht, Blaschko's Annahme sich anschliessend und mehr beweisführend an, dass diese unvollkommene Uebereinstimmung mit den Voigt'schen Tafeln nur der individuellen Verschiedenheit der Haarströme zuzuschreiben ist, da er thatsächlich bei Eschricht's Tafeln und auf Grund eigener Untersuchungen an einem Foetus einen abweichenden Verlauf der Haarströme zu constatiren in der Lage war.

Nach Ecker's Untersuchungen wissen wir, dass die Haarströme zweifellos unter dem Einflusse des Wachsthums individuelle Verschiedenheiten zeigen und nicht immer einheitlich sind.

Meiner Meinung nach scheinen die Ursachen dieser Abweichungen der Haarströme in den verschiedenen Wachsthumsverhältnissen von Ober- und Unterkörper, als auch in dem Wachsthumsvorgange des Unterkörpers selbst zu liegen, die übrigens je nach der Grösse des Individuums und je danach, ob dasselbe untersetzt oder schlank ist, individuell variiren.

Wie schon seit langem bekannt ist, sind die Wachsthumsvorgänge im menschlichen Körper nicht überall die gleichen, namentlich zeigt sich dies an dem Verhältniss des Ober- und Unterkörpers. Am Neugeborenen und Erwachsenen ist das Verhältniss der Höhe des Oberkörpers zu der des Unterkörpers ein verschiedenes. Der Oberkörper des Neugeborenen ist beträchtlich höher und entwickelter im Verhältniss zum Unterkörper als beim Erwachsenen und die horizontale Theilungs-(Halbirungs-) Linie zwischen den beiden liegt beim Neugeborenen über



dem Nabel, beim Erwachsenen unter dem Symphysenrande. Daraus folgt, dass das Wachsthum des Oberkörpers beim Neugeborenen viel geringer ist als das des Unterkörpers, wofür Langer einen Coefficienten angegeben hat u. zw. für den Unterkörper 4·6, für den Oberkörper aber nur 2·6. Verhältnissmässig am wenigsten wächst der Kopf.

So lässt sich auch erklären, warum die Abweichungen der Haarströme, vielleicht auch der Spaltrichtung, der Grenzlinien der peripheren Nerven etc. in der Gegend der wagrechten Halbirungslinie, wo das Wachsthum schon ein lebhafteres und ein complicirteres ist, weil hier die rascher wachsenden Theile des Unterkörpers mit den langsam wachsenden Theilen des oberen zusammenstossen, am häufigsten zur Beobachtung gelangen.

In Blaschko's und Jadassohn's Fällen trifft gerade der Theil der Naevi, welcher den Voigt'schen Haarströmen nicht ganz entspricht, überhaupt nur die Gegend der horizontalen Halbirungslinie der Foetalzeit.

Wenn wir die Verlaufsrichtung der Voigt'schen Haarlinien verfolgen (Fig. 4), so finden wir, dass sie in der seitlichen Oberbauchgegend in Winkeln zusammenlaufen, die bis zum Haarwirbel (6) nach oben offen sind. In der Unterbauchgegend, also in der Gegend unter diesem Haarwirbel bilden sie nach unten offene stumpfe Winkel. Wir haben nur an zwei Fällen von Erwachsenen, wo die Richtung der Haarlinien wegen der dichten Behaarung deutlich zu sehen war, die Richtungen genau aufgenommen, welche beiliegendes Bild (Fig. 2, 5 u. 7) zeigen.

Man sieht darin, dass die in der Oberbauchgegend nach oben offenen stumpfen Winkel sich durch das Wachsthum in solche, die nach unten offen sind, verwandelt haben. Die nach unten offenen stumpfen Winkel der oberen Partie bleiben nach unten offen, sind aber im spitzen Winkel ausgezogen; nur in der Brustgegend bis auf den Hals hinauf, und auch im Gesicht blieb die Richtung der Haarlinie der Erwachsenen nahezu unverändert gegenüber der der Neugeborenen.

Daraus erklärt sich, dass in unserem I. Falle der Naevus in der unteren Brust- und oberen Bauchgegend, in welcher beim Neugeborenen der Convergenzwinkel nach oben offen ist, hier beim Erwachsenen einen nach unten offenen stumpfen

Winkel zeigen, genau entsprechend der durch das Wachsthum erzeugten Umlagerung der Richtungslinien beim Erwachsenen und es erklärt sich, warum bei Alexander-Blaschko's Fall, wo der Naevus in die Unterbauchgegend fällt, der nach unten offene Winkel noch spitziger geworden ist, entsprechend wiederum der Umlagerung der Haarlinien in der Bauchgegend des heranwachsenden Menschen.

Eine ähnliche Umlagerung erfahren die Haarrichtungen am Rücken. (Fig. 2.) Wir geben hier eine Photographie eines stark behaarten Mannes und vergleichen die Richtung der Haarströme mit der Voigt'schen. (Fig. 3.) Man sieht beim Neugeborenen hier die Richtungen der Haarlinien convergiren gegen die Mittellinie so zwar, dass dieselben oben im stumpfen Winkel, unten in etwas spitzem Winkel um nach oben offenen Winkeln zusammenlaufen. Beim Wachsthum folgt nun Umlagerung in der Weise, dass die Haarlinie sämmtlich nach unten offene Winkel bildet; nur in der Becken- und oberen Halsgegend sowie in der Schultergegend ist die Veränderung unbedeutend. In der Hals- und Nackengegend deshalb, weil der Wachsthumscoefficient am geringsten ist und in der Beckengegend darum, weil das Kreuzbein einen fixen Punkt für die wachsende Wirbelsäule, eine Art Widerlager abgibt, in Beziehung zu welchem selbst bei intensivem Wachsthum die Verschiebung der nächsten Punkte nahezu Null ist. Bei dem Wachsthum eines Körpertheils, der an einem fixen Körper anstösst, ist die Verschiebung des fixen Punktes gleich Null und die Verschiebung der nächst weiteren Punkte umso grösser, je weiter sie von dem Fixpunkt entfernt sind. Deshalb werden in der Gegend des Kreuzbeins die Haarlinien am wenigsten verlagert, am meisten in der unteren Brust- und oberen Bauchgegend. Deshalb sehen wir auch im Falle IV und V die Naevi in ihrer Richtung gegenüber den foetalen Haarlinien umgelagert, entsprechend der Umlagerung der Haarlinien beim Erwachsenen, wie sie sich in der Photographie (Fig. 2) zeigt.

Wenn sich nun, wie wir gesehen haben, die Richtung der Naevi und Haarströme durch irgend einen Entwicklungsvorgang beeinflussen lassen, so werden wir leicht darauf geführt, den Ursprung der Naevi bis in die Embryonalzeit zurückzudatiren.



Es stimmen auch die meisten Autoren darin überein, dass die Hautanomalien, wie es auch die meisten Anamnesen ergeben, angeboren sind. Aber selbst angenommen, dass dieselbe nicht gleich nach der Geburt sichtbar ist, so muss doch angenommen werden, dass ihre Keime, wie jene bekannte Cohnheim'sche Hypothese darauf hinweist, im Embryo vorgebildet sind und erst durch irgendwelche uns unbekannte Momente zu proliferiren beginnen.

Dafür spricht der Umstand, dass bei vielen Menschen männlichen und weiblichen Geschlechtes Naevi, sowohl glatte, als verrucöse, oft erst im reifen Alter manifest werden, und zwar genau in der Form und genau an jenen Stellen, wo sie auch bei den Eltern oder Grosseltern derselben sichtbar waren.

Man kann sich aber hier nicht einfach damit begnügen, zu sagen, dass irgend welche Anomalie der Entwickelung in der Embryonalzeit diese Affection zur Folge habe, da ja bekanntlich viele andere Papillome oder gewöhnliche Naevi, deren Anlage wir nach der Cohnheim'schen Hypothese in die Embryonalzeit zu verlegen berechtigt waren, doch keine eigenthümliche Anordnung und bestimmte topographische Verhältnisse, wie der systematisirte Naevus in Anspruch nehmen.

Darum waren die Autoren auch immer bestrebt, zwischen der eigenthümlichen Anordnung dieser Naevi und ihren ätiologischen Momenten einen bestimmten Zusammenhang zu finden, der uns ein leitender Faden für die Aufklärung in diesem noch dunklen Gebiete wäre. So hatte auch v. Baerensprung seine bekannte neuropathische Hypothese aufgestellt, indem er die Ursache der Krankheit wie beim Herpes zoster einer Erkrankung der Spinalganglien zuschrieb, die schon im Mutterleibe entstünde.

Th. Simon, der die Ausbreitung der Erkrankung in bestimmten Nervenbezirken als das Charakteristicum ansah und dafür den Namen Nerven-Naevi vorschlug, bezeichnete als Ursache derselben die Erkrankung der trophischen Nerven.

Nachdem aber viele Fälle bekannt geworden, die dem Verlaufe von Nerven nicht entsprechen, auch nicht durch die neuropathische Hypothese sich erklären lassen, so hatte man

es aufgegeben, die letztere für vollkommen berechtigt anzusehen. Trotzdem halten noch viele Autoren daran fest.

Kopp hat vom histologischen Standpunkte aus die nie fehlende Hypertrophie des Bindegewebes und das starke Auftreten von Pigment so aufgefasst, dass es sich um eine wesentliche Betheiligung der Gefässe handle und zwar um eine Störung in der Gefässanlage und in der Anordnung der Gefässverzweigungen, die zwar den Nervenverästelungen nicht genau entsprechen, aber doch eine gewisse Verlaufsähnlichkeit mit den letzteren zeigen, wodurch die eigenthümliche Localisation der Nerven-Naevi genügend erklärt wird.

Kaposi versuchte, ohne die Entstehung der Naevi zu erklären, den spiralförmigen Verlauf der Naevi, wie er häufig an den Extremitäten vorkommt, dadurch zu erklären, dass er auf das beim Wachsthum der Extremitäten herrschende von Langer aufgeklärte Drehungsgesetz hinwies.

Philippson erklärt die Fälle, deren Hautanomalien dem Grenzgebiete von Voigt entsprechen, embryogenetisch, wie folgt: „In der Haut gibt es eine constante Topographie innehaltende kleinste Bezirke, in welchen während der Entwickelungsperiode der Haut verschieden gerichtete Wachsthumsrichtungen aufeinander stossen. Diese Hautbezirke bilden auf der Hautoberfläche das System der Grenzlinien von Voigt“, und er gibt an, dass an dieser Stelle gerade am häufigsten Entwickelungsstörungen, wie es bei Naevus unius lateris der Fall sein soll, zu Stande kommen und folglich jenen eigenthümlichen Verlauf der Geschwülste zeigen. Diese Erklärung kann aber nur für eine Gruppe von Naevus unius lateris ihre Berichtigung finden, wie es von Jadassohn angegeben wurde, in meinen Fällen kann aber davon keine Rede sein, da dieselben mit den Voigt-schen Grenzlinien gar nichts zu thun haben.

Blaschko, dessen Hypothese aber von der Philippson's einigermassen abweicht, zerlegt die gesammte Epidermis in eine Reihe von Wachsthums- resp. Differenzirungsbezirken und gibt betreffs der Entstehung der linearen Naevi folgende Anschauung an: An der Stelle, wo beim Embryo zwei gegen einander wachsende Hautbezirke zusammenkommen, beginnt an der unteren, der Cutis zugewandten Epidermisfläche eine leb-



hafte Proliferation, die sich in dem Hervorsprossen von Epithelleisten kundgibt. Diese Differenzirung der Grenzflächen zwischen Cutis und Epidermis schreitet dann von den Grenzen der einzelnen Hautbezirke allmälig über deren ganze Fläche vor. Treten nun aus irgend einem Grunde Störungen in der normalen Entwickelung dieser Gebilde ein, welche eine excessive Bildung derselben zur Folge haben, so ist es erklärlich, wenn gerade die Grenzlinien, von wo ja die Differenzirung ausgeht, mit Vorliebe der Sitz derartiger Störungen werden. Nichtsdestoweniger hegt er eine leise Zurückhaltung in seiner Hypothese, indem er angibt, dass in seinem Falle die Streifen so breit sind, dass sie sich über mehrere Wachsthums- resp. Differenzirungsbezirke hinwegerstrecken.

Bei unseren Fällen ist es nur der I. Fall, der eine streifenförmige Anordnung zeigt, doch nimmt sie in der Nähe der Mittellinie in ihrer Breite zu, so dass wir schwer im Stande sind, uns Blaschko's Ansicht völlig anzuschliessen. Was aber die Fälle II—IV betrifft, bei welchen die Naevi eine breite Fläche oder Gegend einnehmen, so ist dort ihre Geltung ganz ausgeschlossen.

Ich möchte mir erlauben, eine andere, wie ich glaube, mehr zutreffende Erläuterung anzugeben. Ich glaube, dass die Embryologie und Embryogenese uns für diese Verhältnisse einerseits wegen der metameren Anordnung, anderseits wegen der Uebereinstimmung mit den Haarströmen, nähere Aufschlüsse gibt. Zunächst werden wir darauf geführt, die Entstehung und Differenzirung der embryonalen Keimschichten zu berücksichtigen.

Behufs Differenzirung der Ekto- und Mesodermschichte verdanken wir Rabl's und Hatschek's Untersuchungen und grundlegenden Arbeiten folgende Hypothese: Im Rückentheil des Embryo liegt zu beiden Seiten der Chorda eine Mesodermanlage, eine Anzahl von Zellmassen (Urwirbel-Segmente), die einen Hohlraum (die Urwirbelhöhle) umschliessen und welche als eine Reihe von Bläschen an die beiden Seiten der Rückenmarksanlage „reihenweise" (metamerisch) angeordnet sind, und deren Wand später in zwei Platten „auflöst", zwei Lamellen gebildet werden, eine äussere „Cutisplatte" und eine innere „Muskelplatte". Alle diese Platten bleiben nicht auf den

Rücken beschränkt, sondern wachsen mit der Zeit unter dem Ektoderm ventralwärts vor, um sich schliesslich beiderseits in der vorderen Medianlinie zu vereinigen. Da die Urwirbel metamerisch angereiht sind, müssen es folglich auch die Cutisplatten sein und die ganze Cutis aus solchen aufeinander folgenden Entwicklungsstücken durch Verwachsen auf eine Weise entstanden sein, dass bald keine Spur davon mehr zu erkennen ist. Nur die symmetrische Anordnung der Haarströme und ihr Zusammenstossen in der vorderen und hinteren Mittellinie, die symmetrische Anordnung der Gefässe und Nerven, dann die Symmetrie in der Spaltrichtung der Haut zeugen noch von dem symmetrisch erfolgten Wachsthum der Cutisplatte, welches dorsoventralwärts erfolgt. Zu bemerken wären noch die gegenseitigen Beziehungen von Epidermis und Cutis. Diese beiden Substrate, welche später ein einziges Organ, die Haut, bilden, stehen offenbar nicht nur in Bezug auf ihre physiologischen, sondern auch ihre pathologischen Verhältnisse in so innigem Zusammenhange, dass Kromayer — zwar durch andere noch nicht spruchreife Verhältnisse — sich bewogen fand, Epidermis und den Papillartheil der Cutis als ein einheitliches Gebilde, Parenchymhaut genannt, hinzustellen. In der That kann die einseitige Störung des einen Theil den anderen Theil beeinflussen.

Somit ist es selbstverständlich, dass das Wachsthum des Mesoderms resp. der Cutisplatte nicht bloss in Beziehung auf Spannung und Ausbreitung des Ektoderms, sondern auch auf seine Entwicklung an und für sich, einen beträchtlichen Einfluss auszuüben im Stande ist. Wenn namentlich irgend eine Störung im Mesoderm, sei es nur eine Steigerung der nutritiven und formativen Irritabilität (anknüpfend an eine abnorme Keimanlage) eintritt, so theilt sich diese dem mit ihm im innigen Contact stehenden Ektoderm mit, so dass es eventuell eine anomale Entwicklung resp. Hypertrophie erfährt.

Wir können allerdings keinen Aufschluss darüber geben, welches Moment dabei ausschlaggebend ist, doch dürfte wohl im Falle hypertrophischer Wucherung der Zellen eine den Zellen der Keimschichte innewohnende Fähigkeit ererbt sein.

Wie schon von Baerensprungs Angabe lautet, und wie es auch von anderen Autoren als eine nie fehlende ange-

geben wurde, findet sich auch bei der histologischen Untersuchung meines Falles von ichthyotischen Naevi eine Hypertrophie der Papillen. So ist es wohl annehmbar, dass bei Naevus unius lateris in der Anlage der Cutisplatte und ihrer Zellen jene Ursache liegt; überdies beweist dies der Umstand, dass die lineale Naevi im Falle Pečirka's eine metamere Anordnung darbieten, welche der Cutisplatte entspricht.

Pečirka meint, dass die Begrenzung der Voigt'schen Nervengebiete ziemlich schematisch ist und über die Details uns nicht belehrt. Die Nervengebiete seien nach physiologischen klinischen Untersuchungen (nach Eichhorst) ziemlich unregelmässig begrenzt. Die Vertheilung der Nerven ist individueller Variation unterworfen. Die Voigt's Linien sind nicht gegenseitig äquivalent. Sie zeigen aber eine bestimmte Beziehung zur Anordnung des ganzen Körpers: eine bilatelare Disposition, ein ganz bestimmtes Verhältniss zu den tiefen Gebilden, wie z. B. zu Muskeln, zum Skelet, zu den Nerven, zu den Blutgefässen und der unmittelbare Grund ihrer Existenz ist die Art der Körperentwicklung. In seinem Falle erreichen die Naevi, welche segmental angeordnet sind, weder rückwärts noch vorne die Mittellinie. Grösstentheils sind sie auf der linken Körperhälfte angeordnet. Sie verlaufen am Stamm im allgemeinen quer, an den Extremitäten der Länge nach, ein Streifen links folgt dem Verlauf des Rippenbogens, also auch den intercostalen Nerven und Gefässen, in der Lendengegend verlaufen sie in die Richtung der lumbaren Gefässe und Nerven. Auf dem linken Arm im allgemeinen parallel mit dem Ulnalnerven.

Auf den Fingern sind die Wärzchen im Innervationsgebiet der Ulnaris. Auf den rechten Extremitäten entspricht ein Streifen dem Verlaufe des N. cut. ext., einer dem des N. obturat. Wenn wir die Zeichnung Pečirka's vergleichen mit dem Verlauf der Spaltrichtungen, so werden wir finden, dass viele der Streifen dem Verlaufe der Spaltrichtungen entsprechen, namentlich auf den oberen Extremitäten, auf der Brust und auf den unteren Extremitäten, auch am Rücken folgen sie mehr der Spaltrichtung, in der Schultergegend weder dem Verlauf der Haarlinien noch der Spaltrichtung. Darauf beziehen sich auch seine am Schluss der Arbeit gemachten Bemerkungen, dass die



linealen Naevi einfach der Eindruck der segmentalen Ausbildung des Körpers, da doch die zwischen den Ursegmenten, eigentlich die Nervenwurzeln ihm Ursprung geben und zwischen ihnen entwickelt sich auch das Bindegewebe (das axiale Gewebe, Anm. d. Verf.) und deshalb Symmetrie und Parallelismus. Auch die Voigt'schen Linien sind nur Manifestation der Körpersegmentation ebenso wie die regelmässige Vertheilung des Zoster, der Variola, gewissen Naevi und Syphilis. Die Localisation hängt bald von der primären Segmentation, bald von Nerven, bald von den Langer'schen Spaltrichtungen, bald von der Vertheilung der Blutgefässe ab.[1])

Wenn in unseren Fällen andererseits eine Hypertrophie des Ektoderms nachweisbar ist, so glaube ich, dass sie secundärer Natur ist, da das Ectoderm, wie ich oben erörtert habe, immerwährend von den Veränderungen des Mesoderms sich beeinflussen lässt, und sich im höheren Grade noch bei Naevus verrucosus oder Ichthyosisformen darstellt. Ein anderer Fall, der von Petersen mitgetheilt wurde, zeigt eine Hypertrophie der Knäueldrüsen. Nach meiner Meinung erklärt sich dies aus demselben Anhaltspunkte so, dass der abnorme Entwickelungsvorgang in der Embryonalzeit, der von der Cutisplatte ausgegangen ist, sich dem Ektoderm mitgetheilt hat, dass auch die Knäueldrüsen, welche vom Ektoderm abstammen, in ihren Keimzellen eine abnorme Tendenz annehmen und dann wie die übrige Epidermis ihre Wucherungen zu zeigen im Stande sind. Aus demselben Grunde ist die Hypertrophie der Haare zu erklären, welche sehr oft den Naevus begleitet, wie es bei Fall II sich zeigt.

Es wird die Frage aufzuwerfen sein, ob die Talgdrüsen-Naevi, welche lange Zeit zu den Adenomen gerechnet und von Jadassohn als Organ-Naevi hervorgehoben wurden, in demselben Grunde ihr Entstehungsmoment haben, da nach Jadassohn's Angaben hier keine auffallende Hypertrophie des Bindegewebes vorhanden ist.

[1]) Ich folge hier theils dem von Pečirka seiner Arbeit beigegebenen französischen Resumé, theils der Uebersetzung, welche Herr Prof. Ehrmann aus dem Tschechischen mir gegeben, soweit es sich um die essentielleren Theile der Arbeit handelte. Herrn Collegen Pečirka sage ich hier für die Ueberlassung seiner Arbeit besten Dank.



Wie oben erwähnt, werden die Haarströme vom Wachsthumsgesetze des Gesammtkörpers beeinflusst und es erübrigt noch hinzuzufügen, welches ihre Beziehungen zur ursprünglichen Cutisplatte sind. Ich habe in einer früheren Arbeit gezeigt, dass bei Entwickelung der ersten Haaranlage immer das Ektoderm und das Mesoderm zugleich oder bald nacheinander Metamorphosen darbietet; ferner, dass die schiefe Richtung der Haare im Anfange der Entwickelung durch die nicht unmittelbar unter dem Haarkeim, sondern etwas seitwärts befindliche, mächtige, umschriebene Anhäufung der mesodermalen Zellen bedingt wird, welche die Anlage der Papillen bilden.

Darauf gestützt, glaube ich, dass die Haare, obwohl sie ein ektodermales Organ sind, doch mit der Cutis, wie das Epithel überhaupt, in einem innigen Zusammenhange stehen, und es ergibt sich daraus, dass eine Anomalie der Cutis von bestimmter Umgrenzung, wie es bei Naevus unius lateris der Fall ist, mit den von ihr bedingten hypertrophischen Haaren, den Haarströmen, resp. Haarrichtung entsprechen wird, wie eben die Wachsthumsrichtung der einzelnen Cutisplatte sich ändert, die in dem Momente ihre Selbständigkeit verloren hat, wo sie beim ventralen Wachsthum in ein einziges Organ, die Cutis, zusammenfliesst.

Nachdem ich die Uebereinstimmung der systematisirten Naevi mit den Haarströmen zu erläutern versucht habe, muss ich mich auch der Frage zuwenden, wie die mannigfachen Verlaufsrichtungen der Naevi zu Stande kommen. Der Umstand, dass die Naevi bald mit der Spaltrichtung, bald mit dem Verlauf der Blut- und Lymphgefässe, bald mit den Grenzlinien von Voigt Uebereinstimmung zeigen, glaube ich mit Pečirka auch durch die Entwicklung der Cutisplatte zu erklären. Da die Nerven und Gefässe immer mehr oder weniger die Wachsthumsrichtung der Cutisfasern verfolgen, so ist, wenn man auch anerkennt, dass sie embryologisch vom Mesenchym oder vom Ektoderm abstammen und sich dem Mesoderm beigemengt haben um das letztere zu versorgen, das Zusammentreffen kein Zufall, aber auch nicht hinreichend, um darin irgend ein ätiologisches Moment zu erblicken. Ebenso lässt sich die Spaltrichtung der Haut, welche nichts anderes ist als die Aeusserung des Ver-

laufes der Bindegewebsfaser, mit den Geschwülsten der Haut in Uebereinstimmung bringen. Kaposi hat die Merkwürdigkeit dieses letzteren Momentes mit Recht betont und dafür vom embryologischen Standpunkte folgende Anschauung angegeben: „Indem beim Embryo der Extremitätenstumpf wächst und die ihm entsprechende Spiralrichtung nach vorne und innen umschlägt, bekommen Papillen, Nerven, Gefässe, Bindegewebszüge und Haare dieselbe Richtung und es ist begreiflich, dass jede durch Gestalt und Farbe auffällige Alteration dieser Gewebsformen auch diese Richtung markirt."

Betreffs der flachen, bloss hyperpigmentirten und behaarten Naevis, welche am häufigsten sind, geht meine Meinung dahin: Die Entwicklung der Cutis geht nach Rabl aus den indifferenten Zellen der embryonalen Cutisplatte der Urwirbel in der Weise vor sich, dass zuerst die fibrillären Bündel aus der dem Ektoderm zugewendeten Seite dieser Cutisplatte sich differenziren. Es wäre somit die obere Grenzschichte der Cutis, d. h. die Papillarkörper, zuerst differenzirt. Noch bevor dies geschieht, lösen sich nach Ehrmann aus den indifferenten Zellen der Cutisplatte einige Zellen los, die zu den „Melanoblasten" sich entwickeln, d. h. zu Zellen, deren Aufgabe es zeitlebens bleibt, Pigment zu bilden und die centralwärts weiter wachsen, durch Zelltheilung weiter sich vermehren und nicht durch Umwandlung fertiger Bindegewebskörperchen, welch letztere nie echte Pigmentzellen werden können. Die Melanoblastenbildung fehlt nach Ehrmann bei Albinos und ist bei anderen Individuen umso intensiver, je pigmentreicher schliesslich die Species ist. Nun ist der Mensch eine Species, die je nach den Raçen oder Varietäten mehr oder weniger Melanoblasten enthält. Bei der geschlechtlichen Kreuzung heller und dunkelfarbiger Individuen findet man bei deren Kindern einzelne Stellen mehr dem dunklen, andere mehr dem hellen Theile des Elternpaares entsprechen.

Man könnte sich nun vorstellen, dass eine solche in sehr frühen Epochen der Menschheit stattgefundene Kreuzung auf dem Wege der atavistischen Vererbung einzelne dunkle und unebene



Stellen einem Individuum überträgt, indem die gesteigerte Melanoblastenbildung und vielleicht auch eine papilläre Hypertrophie nur an einer umschriebenen Stelle aus der Anlage der Cutis sich entwickelt, wie sie vielleicht früher unter den Ahnen des Betreffenden, Individuen oder Raçen in einem grossen Theile des Körpers gehabt haben, die nun der Wachsthumsrichtung der einen Stelle folgend, zu einer bestimmten Form ausgezogen werden. Wenn man nämlich die metamerischen Naevi, die man bei einzelnen Individuen findet, zusammenlegen würde, so würde man nach den Stichproben, die wir hier am Rücken gegeben, finden, dass keine einzige Stelle des Körpers verschont bleibt, und wenn man sie auf einen einzigen Körper gelegt denkt, so würde man einen Körper bekommen, der ganz oder in symmetrischen Territorien in Farbe und Beschaffenheit diesen Naevi entspricht. Es scheint ja, dass die Scheckenbildung der Thiere und die Streifen- und Fleckenbildung bei Zebra, Tiger, Panther, Jaguar etc. auf einem ähnlichen Verhältniss beruht. Charakteristisch ist in dieser Beziehung ferner der Umstand, dass die metamere, symmetrische Anordnung nicht bloss dem Naevus zukommt, sondern auch dem partiellen Albinismus, und auch die Wachsthumsverhältnisse auf die Gestaltung der albinotischen Stelle Einfluss haben. Lehrreich ist in dieser Hinsicht der Fall von einem Hindu, welchen Hutchinson in seinem „smaller Atlas of illustrations of clinical surgery" publicirt. Man braucht sich darin nur vorstellen, dass sich auf einem von Haus aus brünetten, an Melanoblasten reich angelegten Individuum durch Atavismus von seinem Vorfahren eine melanoblastenfreie Stelle vererbt und entsprechend dem Wachsthum der Extremität ausgezogen wurde.

Für das menschliche Haar hat Ehrmann gefunden, dass sich im fünften Monat von der Oberfläche der aus indifferenten Zellen bestehenden embryonalen Haarpapille ebenfalls einzelne Zellen ablösen, welche zu Melanoblasten werden. Es ist mithin verständlich, dass pigmentirte Naevi dem Verlaufe der Haarströme folgen, ebenso ist das häufige Zusammentreffen von pigmentirtem und haarigem Naevus verständlich; und da die Haarströme im Allgemeinen mit der Richtung der Papillenreihen übereinstimmen, so ist auch die Uebereinstimmung der papillären Naevi mit den Haarströmen verständlich.

Es ist noch eines zu bemerken, dass nämlich die metameren Naevi mit einer Seite häufig ganz nahe an die Medianlinie des Rückens stossen, was ja nach der hier entwickelten Theorie leicht verständlich ist. Schwieriger zu verstehen ist es, wenn der halbseitige, systematisirte Naevus weiter von der hinteren Mittellinie entfernt ist; doch auch die Erklärung dieses Momentes bietet keine allzugrosse Schwierigkeit. Bekanntlich treten Naevi oft erst im späteren Alter in jenen Stellen, wo sie bei den Eltern sich befunden haben, auf. Diese Thatsache kann man nur erklären, wenn man annimmt, dass hier schlummernde Keime vorhanden sind, die erst im gegebenen Momente sich weiter entwickeln. Solche Keime können auch für die systematisirten Naevi in der Cutisplatte angelegt worden sein. Mit dem Wachsthum von der Mittellinie weggeschoben, entwickeln sie sich dann später zu von der Mittellinie entfernten systematisirten Naevis.

Auf einem ähnlichen Verhältniss beruht zweifellos auch die Entwickelung der neuen Haare und der Pigmentirung in der Pubertätszeit und selbst nach derselben.

Beim Schlusse meiner Arbeit angelangt, spreche ich Herrn Prof. Dr. Ehrmann meinen besten Dank für die überaus wohlwollende Unterstützung aus, die er mir bei derselben angedeihen liess.



Literatur.

1. Alexander, A. Ein Fall von Naevus linearis (Ichthyosis linearis) unius lateris. Dermatolog. Zeitschrift II.

2. Blaschko. Bemerkungen zu vorstehendem Aufsatz.

3. v. Baerensprung. Naevus unius lateris. Charitéannalen 1863, XI.

4. Ecker. Archiv für Anthropologie. Bd. XII.

5. Ehrmann. Das melanotische Pigment und die pigmentbildenden Zellen des Menschen und der Wirbelthiere in ihrer Entwickelung nebst Bemerkungen über Blutbildung und Haarwechsel. Bibliotheca medica, Abtheilung D. II, Heft VI, 1896.

6. Kaposi. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1899.

7. Kopp, C. Die Trophoneurosen der Haut. 1886.

8. Langer. Anatomie der äusseren Formen des menschlichen Körpers. 1884.

9. Okamura. Zur Lehre über die Wachsthumsrichtung der Haare. Monatshefte für praktische Dermatologie. XXVIII. Bd. 1899.

10. Pečirka. O papillomech kůže (Sur les papillomes de la peau). Sborníku lékařského IV. 1893.

11. Petersen, W. Ein Fall von multiplen Knäueldrüsengeschwülsten unter dem Bilde eines Naevus verrucosus unius lateris. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. XXIV. 1892.

12. Philippson. Zwei Fälle von Ichthyosis cornea (hystrix) partialis. Monatshefte für praktische Dermatologie. Bd. XI. 1890.

13. Th. Simon. Ueber Nervennaevi. Archiv f. Dermatologie und Syphilis. Bd. VI, 1872.

14. Voigt. Abhandlung über die Richtung der Haare am menschlichen Körper. Denkschrift d. Wiener Akademie d. Wissensch. Bd. XIII. 1857.

15. Werner und Jadassohn. Zur Kenntniss der „systematisirten Naevi". Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. XXXIII. 1895.

Die Erklärung der Abbildungen ergibt sich aus dem Texte.

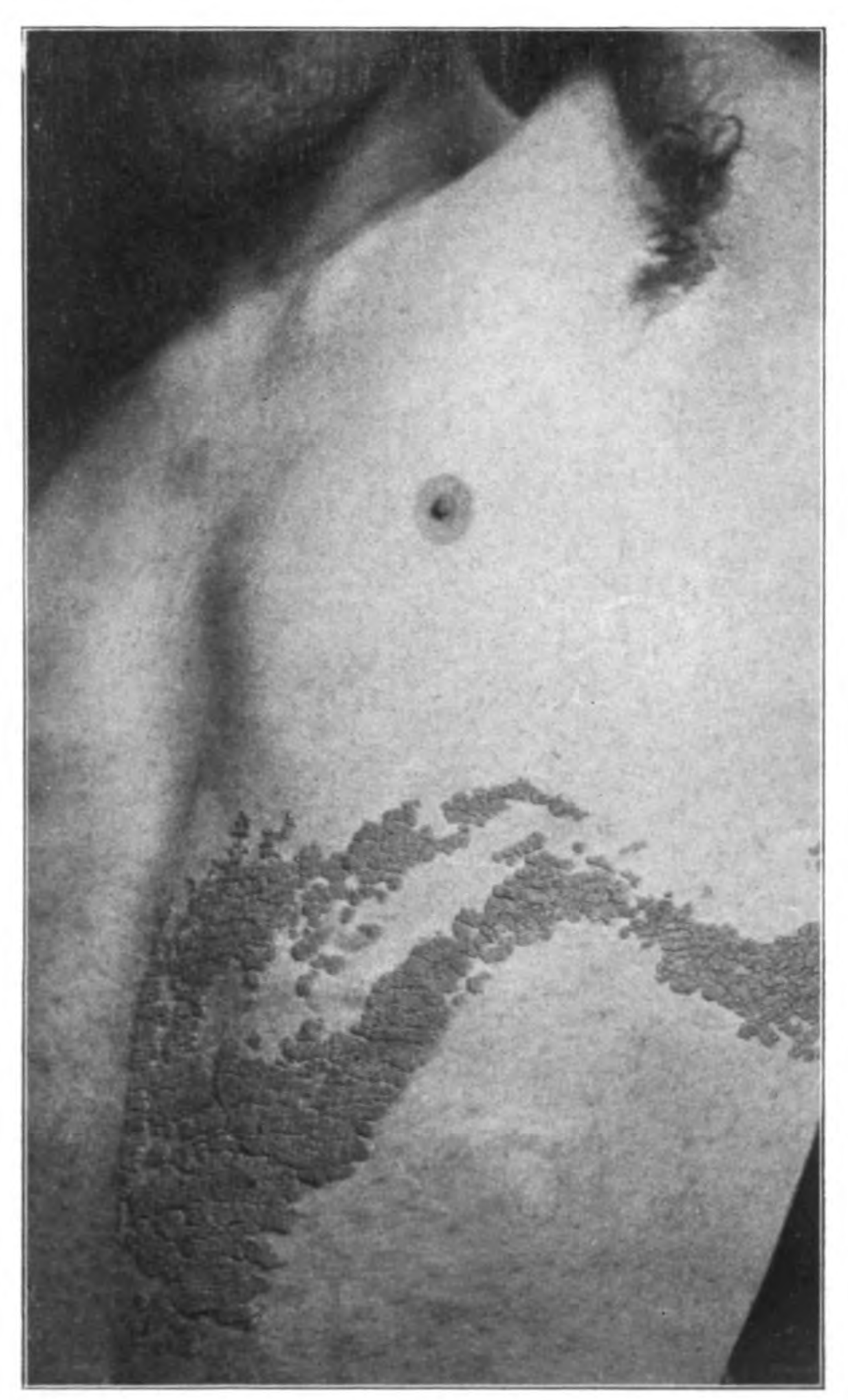


Fig. 1.

Okamura: Zur Kenntniss der „systematisirten Naevi" etc.



Aus dem pharmakologischen Institute der Universität Christiania.
(Vorstand: Prof. Dr. E. Poulsson.)

Ueber die Ausscheidung des Quecksilbers im Harn bei Mercuriolbehandlung.

Von

P. Farup.

Im Laufe der letzten Jahre ist von vielen Syphilidologen die Anschauung vertreten worden, dass das Quecksilber bei den Einreibungen mit grauer Salbe nicht oder nur in minimaler Menge durch die Haut, sondern fast ausschliesslich durch die Lungen aufgenommen werde, oder dass die Hautresorption jedenfalls eine so geringe Rolle spiele, dass sie ohne Beeinträchtigung der therapeutischen Resultate ausser Betracht gesetzt werden dürfe und somit die Schmiercur eigentlich eine Inhalationsbehandlung darstelle.

Es sind demnach zur Syphilisbehandlung eine Anzahl Präparate in Vorschlag gebracht worden, die nur auf die Lungenresorption hinzielen und bei deren Darstellung und Anwendung demgemäss nur auf eine ausgiebige Verdampfung und Einathmung des Metalles Rücksicht genommen wird.

Die Frage, ob die ungleich bequemeren „Inhalationspräparate“ der altbewährten, aber mit verschiedenen Unannehmlichkeiten verknüpften Schmiercur gleichwerthig sind, ist vielfach discutirt worden.

Zur Bemessung des relativen Werthes verschiedener Darreichungsweisen des Hg lassen sich bekanntlich zwei Wege einschlagen, nämlich erstens die klinische Prüfung und zweitens die Untersuchung der Elimination des Metalles durch die Nieren,



wobei sowohl die Ausscheidungsgrösse während der Behandlung wie die Remanensperiode, d. h. der Dauer der Ausscheidung beträchtlicher Mengen im Harn nach beendeter Cur, zu berücksichtigen sind.

Zweck meiner Arbeit war die Untersuchung der Resorptions- bezw. der Ausscheidungsverhältnisse eines der Inhalationspräparate, nämlich des vom Blomquist[1]) dargestellten und von Åhmann näher geprüften Mercuriols oder Mercuramalgams, eines pulverförmigen Aluminium- und Magnesiumamalgams, das in Säckchen auf Brust oder Rücken getragen wird.

Hinsichtlich der therapeutischen Ergebnisse dieses Präparates schliesst letztgenannter Autor aus seinen in der Welander'schen Klinik in Stockholm angestellten Versuchen, „dass das in dieser Weise in dem Organismus eingeführte Quecksilber dieselbe therapeutische Wirkung wie bei den anderen Formen der Mercurialbehandlung ausübt". Weniger günstig gestalten sich die Erfahrungen von Jordan,[3]) der die Cur als eine schwache bezeichnet und ihr Anwendungsgebiet auf die Fälle beschränkt haben will, die nur einer milden Quecksilberwirkung bedürfen. Wie mir der Oberarzt des hiesigen städttischen Krankenhauses Dr. Kr. Grön mittheilt, gehen seine Erfahrungen in analoger Richtung.

Ueber die Ausscheidung von Quecksilber im Harn bei Mercurialgebrauch sind ebenfalls von Åhmann und Jordan Mittheilungen gemacht worden, in denen dieselben indessen entsprechend den von ihnen angewandten Methoden auf quantitative Angaben verzichten. Die von Åhmann benutzte Methode war die Almén-Schillberg'sche,[4]) nach welcher der Harn zuerst mit Natronlauge und reducirendem Zucker gekocht, die niedergeschlagenen, die ganze Quecksilbermenge enthaltenden Phosphaten in Salzsäure gelöst werden, ein Kupferdrähtchen unter mässiger Erwärmung $1\frac{1}{2}$—2 Tage hindurch in der Lösung liegen gelassen und zuletzt das gewaschene und getrocknete Drähtchen im Glasrohr erhitzt wird. Das Queck-

[1]) Arch. f. Dermatologie u. Syphilis. Bd. XLVIII. p. 2.

[2]) Ibidem. Bd. XLVIII. p. 15.

[3]) Ibidem. Bd. LI. p. 356.

[4]) Nord. med. Arch. 1886, Nr. 12. p. 3.

silber setzt sich dabei im kübleren Theil des Röhrchens als Kügelchen ab, nach deren Grösse und Anzahl die Grösse der Elimination geschätzt wird. Das von Jordan gewählte Stukowenkoff'sche Verfahren besteht darin, dass das Hg des Harns durch Eiweisszusatz und nachheriges Kochen mitgerissen, der Eiweissniederschlag mit concentrirter Salzsäure zerlegt, das Hg auf einer in dem Gemisch sich befindlichen Lamette gesammelt und diese schliesslich im Probirgläschen in Gegenwart von Jod erwärmt wird, wobei Quecksilberjodid sich an den Wänden des Glases absetzen soll.

Wenn es sich nicht nur um den qualitativen Nachweis handelt, sondern auch eine Schätzung der relativen Grösse der Ausscheidung angestrebt wird, sind derartige „klinische" Methoden selbstverständlich sehr unzuverlässlich.

Es schien mir daher von Interesse zu sein, einmal die Ausscheidungsverhältnisse bei Mercuriolgebrauch mittelst einer exacten Methode zu verfolgen. Die leicht verständliche Erklärung dafür, dass man sich bei klinischen Versuchen, die eine grosse Anzahl von Analysen benöthigen, mit weniger guten Methoden begnügt, liegt darin, dass die quantitative Bestimmung des Quecksilbers eine umständliche Operation ist. Die bis jetzt bekannten exacten Methoden, z. B. das Verfahren von E. Ludwig und das von Winternitz erfordern zu viel Arbeit und Zeit, um bei Serienuntersuchungen mit Vortheil benutzt werden zu können.

Eine wesentliche Ersparniss an Zeit und Arbeit wird durch die neuere Methode von Schumacher und Young[1]) erreicht, die sich zur Aufnahme des im Harn als feine Kügelchen ausgeschiedenen Hg des von ihnen erfundenen Goldasbestes, d. h. Asbest. der erst mit Goldchloridlösung getränkt, dann im Wasserstoffstrom reducirt ist, bedienten. Die Vorzüge des derartig präparirten Asbestes liegen darin, dass das metallische Quecksilber in diesem sehr energisch zurückgehalten wird, weil es zu gleicher Zeit chemisch gebunden und mechanisch fixirt wird. Immerhin erfordert doch das Schumacher-Young-sche Verfahren wegen der umständlichen Destruction der orga-

[1]) Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Bd. XLII. p. 138.

nischen Substanzen noch ziemlich viel Zeit, so dass sich innerhalb 24 Stunden nicht mehr wie 3—4 Analysen machen lassen.

Für die Ausführung grösserer Analysenreihen schien mir deshalb ein noch einfacheres und weniger zeitraubendes Verfahren wünschenswerth. Nach vielfachen zu diesem Zwecke angestellten Versuchen bin ich durch eine Combination des Ludwig'schen und der Schumacher-Young'schen Methoden zu einem Verfahren gelangt, das allen Anforderungen an Genauigkeit entspricht und dazu relativ sehr schnell ausführbar ist.

Ich lasse hier eine kurze Beschreibung der Methode folgen, indem ich in Betreff vieler Einzelheiten auf meine ausführlichere, im Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie veröffentlichte chemische Mittheilung hinweise.[1])

Die Tagesmenge des Harns wird nach Zusatz von 3—4 Ccm. concentrirter Salzsäure in einem geräumigen, mit Kühlvorrichtung versehenen Kolben auf dem Wasserbade auf 70—80° erwärmt, alsdann etwa 6 Gr. Zinkstaub zugesetzt und 2 Minuten tüchtig geschüttelt. Nach Erkalten und Absetzen wird die leicht getrübte Flüssigkeit durch eine nicht zu dünne, jedes Metallpartikelchen sicher zurückhaltende Schicht von feinem langfaserigem Asbest filtrirt, nach beendetem Filtriren der Asbest mit anhaftendem Zinkstaub wieder in den grossen Kolben, wo sich die Hauptmenge des Zinkpulvers befindet, hineingebracht und 80 Ccm. verdünnte Salzsäure (concentrirte Säure und Wasser zu gleichen Theilen) zugefügt. Nach weiterem Zusatz von 3 Gr. chlorsaurem Kalium wird der wieder mit aufsteigendem Kühler versehene Kolben auf das Wasserbad bis zur vollständigen Lösung des Inhalts gebracht, nach Erkalten die Lösung durch Hartfilter in einen kleinen, etwa 200 Ccm. fassenden Kolben filtrirt und das grüngefärbte, auf 60° erwärmte Filtrat mit frisch bereiteter Zinnchlorurlösung im Ueberschuss versetzt. Das Quecksilber fällt nun in kleinen, die Flüssigkeit gräulich trübenden Kugeln aus. Nach Erkalten filtrirt man endlich an der Wasserstrahlpumpe durch das „Filtriramalgamirröhrchen", welches aus einem gewöhnlichen Soxleth'schen Reductionsrohr (für Zuckeranalyse) besteht, das unten etwas Seidenasbest, dann eine 10 Mm. hohe Schicht Goldasbest enthält. Das Quecksilber wird in diesem grösstentheils mechanisch, die feinsten Kügelchen aber auch durch Amalgamirung festgehalten. Nach beendeter Filtration wird je dreimal mit verdünnter Salzsäure, Wasser, Alkohol und Aether gewaschen, das Saugen noch 10 Minuten fortgesetzt und zuletzt während 25—30 Minuten durch das Rohr in der Richtung gegen den verjüngten Theil des-

[1]) P. Farup, Ueber eine einfache und genaue Methode zur quantitativen Bestimmung von Quecksilber im Harn. Arch. f. exp. Pathologie. Bd. XLII. p. 272.

selben trockene Luft geleitet. Bei der einzelnen Analyse wird von dem Goldasbest nur eine Schicht von 1—2 Mm. grau gefärbt. Eventuell mit dem Luftstrom verdampfendes Quecksilber muss demnach eine dicke Schicht noch unamalgamirten Goldasbest durchstreichen, so das Verluste während des Trocknens nicht zu befürchten sind. Selbstverständlich wird das Rohr vor der Analyse in gleicher Weise getrocknet.

Die Ausführung ist eine verhältnissmässig rasche. Es lassen sich im Laufe von 6 Stunden bequem 3 Analysen machen. Die Gegenwart von Eiweiss oder von Jodiden im Harn beeinträchtigt die Genauigkeit der Resultate nicht.

Aus vielen Beleganalysen, sämmtliche analoge Resultate liefernd, führe ich hier nur folgende an:

Zugesetzt	zu	1	Liter	Harn	0·0039	Gr.	Hg	Gefunden	0·0037	Gr.	Hg
„	„	$^{3}/_{4}$	„	„	0·0016	„	„	„	0·0015	„	„
„	„	1	„	„	0·0078	„	„	„	0·0075	„	„
„	„	$1^{1}/_{2}$	„	„	0·0016	„	„	„	0·0015	„	„
„	„	$1^{1}/_{2}$	„	„	0·0006	„	„	„	0·0006	„	„
„	„	1 (eiweisshaltig)	„	„	0·0039	„	„	„	0·0040	„	„
„	„	1 (+ 0·15 Gr. JK)	„	„	0·0034	„	„	„	0·0035	„	„

Zur Untersuchung sollten mir mercuriolbehandelte Patienten eines hiesigen Spitals dienen. Es zeigte sich aber bald, dass correcte Resultate hier nicht garantirt werden konnten. Als ich den Harn des ersten Patienten, eines nicht früher quecksilberbehandelten Luetikers, um sicher zu sein, dass er nicht durch den blossen Spitalaufenthalt quecksilberhältig wurde, vor Beginn der Behandlung einige Tage hindurch untersuchte, zeigte es sich, dass schon das Verweilen in der mit Hg-Dämpfen inficirten Luft des Spitalsraumes genügte, um fast gleich eine sehr deutliche qualitative Hg-Reaction im Harn hervortreten zu lassen.

Da ausserdem das absolut genaue Sammeln des Harns der nicht bettlägerigen Patienten nicht gesichert werden konnte und es meine Absicht war, die Untersuchung im Sinne einer wirklich quantitativen Analyse durchzuführen, habe ich es vorgezogen, das Mercuriol an mir selbst zu prüfen. Nur dadurch wurde es mir ermöglicht, mit der befriedigenden Ueberzeugung der Exactheit arbeiten zu können.

Versuch. P. F., 25 Jahre alt, gesund, hat nie früher Hg in irgend welcher Form einverleibt. Im pharmakologischen Laboratorium wird sonst nicht mit Quecksilber gearbeitet. Die Reinheit der Reagentien wurde geprüft.

Die Anwendung des Mercuriols geschah in der von Åhmann vorgeschriebenen Weise. Während der ersten 11 Tage wurden in das Säckchen, das ununterbrochen Tag wie Nacht getragen wurde, alltäglich, während der folgenden 18 Tage nur alle zwei Tage 5 Gr. Mercuriol eingestreut und auf die Oberfläche des wollenen Zeuges sorgfältig vertheilt. Zuletzt wurde das Säckchen noch 7 Tage ohne neue Einfüllung getragen. Im Ganzen wurden 100 Gr. Mercuriol verbraucht und das Säckchen 36 Tage



getragen. Es wurde jedesmal die ganze Tagesmenge des Harns in Arbeit genommen. Während der Nachperiode wurden, wie aus der folgenden Tabelle ersichtlich ist, um wägbare Mengen zu erhalten, zuweilen mehrere Tagesportionen zusammen verarbeitet.

Bemerkenswerth und die rasche Verdampfung des im Mercuriol lose gebundenen Quecksilbers zeigend war, dass ich gleich am ersten Tag, schon eine Stunde, nachdem das Säckchen angelegt war, einen deutlichen Metallgeschmack spürte. Nach 8 Tagen war dieser Geschmack, vielleicht wegen Angewöhnung, nicht mehr bemerkbar.

Datum	Harnmenge	Spec. Gew. des Harns	Milligramme Hg in 24 St. ausgeschieden	
2. Nov. 1899	1808	1.016	0	1 St. nach Anlegen des Säckchens Metallgeschmack.
3. "	960	1.027	0	Hg im Harn qualitativ nachweisbar.[1]
4. "	1350	1.019	0.3	Pro Tag 5 g. Mercuriol.
5. "	800	1.028	0.6	
6. "	1250	1.021	0.4	
7. "	1190	1.027	0.6	
8. "	1325	1.022	0.4	
9. "	1730	1.015	0.8	
10. "	930	1.028	0.6	
11. "	945	1.029	0.8	
12. "	1050	1.026	0.8	

[1]) Selbst „reines“ Zinkpulver enthält zuweilen geringe Quecksilberspuren, die zwar unwägbar sind, dieses aber zum Hg-Nachweis ungeeignet machen. Um in solchen Fällen die schwierige Reinigung des Zinkpulvers zu vermeiden, empfiehlt es sich „Kupfersand“ zu benützen. Zur Darstellung dieses Präparates reducirte ich Kupfersulfatlösung durch Kochen mit Natronlauge und Traubenzucker, zerrieb das gewaschene und abfiltrirte noch feuchte Oxydul mit Sand, glühte stark und bewerkstelligte die Reduction zum fein vertheilten metallischen Kupfer einfach durch Einstreuen des noch heissen Gemisches in ein wenige Ccm. Methylalkohol enthaltendes Becherglas und trocknete zuletzt nach Abwaschen mit Alkohol das gelbe Pulver im Luftstrom.

Der auf Hg zu prüfende Harn wird mit diesem Pulver geschüttelt und weiter wie oben beschrieben verfahren, nur mit der Ausnahme, dass statt des Soxleth'schen Reductionsrohrs, ein etwa 7 Mm. weites, unten capillar ausgezogenes Glasröhrchen zum Filtriren benutzt wird. Nach Filtriren und Trocknen wird das Rohr oben zugeschmolzen und dann geglüht, wobei sich das Hg im kühlen Capillar absetzt. Bei Gegenwart von $^1/_{10}$ Mg. Hg in 1 Liter Harn wird noch deutlicher Spiegel erhalten, bei kleineren Mengen nur unter dem Mikroskop erkennbare Hg-Kügelchen.

Datum	Harnmenge	Spec. Gew. des Harns	Milligramme Hg in 24 St. ausgeschieden	
13. Nov. 1899	2330	1.012	0.7	
14. "	985	1.025	0.9	
15. "	1025	1.026	1.1	
16. "	780	1.031	0.9	
17. "	2130	1.015	0.7	
18. "	990	1.027	1.0	
19. "	1950	1.022	—	Die Analyse misslungen.
20. "	1255	1.020	0.7	
21. "	1015	1.025	0.9	Alle 2 Tage 5 g. Mercuriol.
22. "	905	1.032	0.9	
23. "	1350	1.020	0.8	
24. "	1155	1.026	0.9	
25. "	1420	1.019	1.0	
26. "	1205	1.025	1.0	
27. "	1605	1.026	1.3	
28. "	1250	1.024	1.4	
29. "	950	1.030	1.2	
30. "	885	1.033	1.2	
1. Dec. 1899	1015	1.028	0.9	
2. "	890	1.031	0.5	
3. "	1110	1.026	1.1	
4. "	Verlust an Harn			Das Säckchen fortwährend getragen.
5. "	985	1.029	1.5	
6. "	1365	1.022	1.8	
7. "	1005	1.026	1.4	
8. "	1110	nicht bestimmt	1.5	Das Mercuriolsäckchen Morgens abgelegt.

Datum	Harnmenge	Spec. Gew. des Harns	Milligramme Hg in 24 St. ausgeschieden	
9. Dec. 1899	965	1.026	1.6	
10. „	1010	1.025	1.4	
11. „	2005	1.015	1.7	
12. „	1205	1.024	1.1	
13. „	920	1.029	1.0	
14. „	985	1.028	1.0	
15. „	920	1.028	1.1	
16. „	950	1.026	0.7	
17. „	1065	1.026	0.9	
18. „	880	1.030	0.5	
19. „	820	1.030	1.1	
20. „	1150	1.028	0.6	
24. „	1345	1.024	0.8	
28. „	1295	1.024	0.7	
2. Jan. 1900	1235	1.027	0.4	
6. „	1090	1.028	0.6	
10. „	1040	1.029	0.8	
14. „	1255	1.026	0.6	
18. „	1105	1.026	0.5	
26. u. 27.	2460	1.029	0.5	49 Tage nach Abschluss der Behandl. Um wägbare Mengen zu erhalten, werden von jetzt ab mehrere Tagesportionen zusammen verarbeitet.
1. u. 2. Febr.	3320	1.019	0.2	54 Tage nach Abschl. d. Behandl.
19., 20., 21.	3955	1.023	0.2	73 „ „ „ „ „
13., 14., 15., 16. März	4840	1.022	0.2	95 „ „ „ „ „
16., 17., 18., 19. Mai	5320	1.020	0.1	159 „ „ „ „ „

Versuch beendet.

Resultate.

Wie aus obenstehender Tabelle ersichtlich, gab der Harn am zweiten Tag der Behandlung qualitative Hg-Reaction und schon am dritten Tage wurden wägbare Mengen gefunden. Das Quecksilber des Mercuriols wird also rasch resorbirt. Wenn Wermel[1]) zu dem entgegengesetzten Resultat kommt, indem er in dreien mit Mercuriol behandelten Fällen das Auftreten des Quecksilbers im Harn relativ spät, nämlich zweimal nach 7 und einmal erst nach 10 Einstreuungen wahrnehmen konnte, darf dieses sich daraus erklären, dass von ihm die zu wenig empfindliche Stukowenkoff'sche Nachweismethode benutzt wurde.

Die Frage, wie gestaltet sich die Aufnahme, resp. die Ausscheidung des Quecksilbers bei Mercuriolgebrauch im Vergleich mit der Ausscheidung während der Inunctionsbehandlung, lässt sich durch meinen Versuch nicht endgiltig beantworten. Erstens lässt sich die Möglichkeit individueller Verschiedenheiten die Elimination betreffend nicht abweisen und zweitens wären zum sicheren Vergleich analoge Untersuchungen während einer Salbencur erforderlich. Derartige, längere Zeit hindurch täglich ausgeführte Analysen habe ich aber in der mir zugänglichen Literatur nicht finden können. Die von Winternitz[2]) durch — so viel wie ich aus seinen Mittheilungen entnehmen kann — 19 Analysen der Harne mehrerer inunctionsbehandelten Kranken (täglich 4 Gr. grauer Salbe in 6tägigem Turnus) gefundenen Durchschnittswerthe waren folgende:

Im Liter Harn wurde gefunden:

nach	6	Einreibungen	0·1	Mg.	Hg
„	12	„	0·55	„	„
„	18	„	0·49	„	„
„	21	„	1·0	„	„

[1]) Vergl. Jordan l. c. p. 362—363.

[2]) Arch. f. exp. Pathologie. Bd. XXV. p. 234 u. Arch. f. Dermat. u. Syphilis. Bd. 21 p. 787.

Wie aus der Tabelle hervorgeht, liegen meine Resultate, die sich aber auf Tagesmengen (nicht auf Liter) beziehen, höher wie die Winternitz'sche Zahlen.

Was endlich die Remanenzzeit betrifft, zeigt sie sich in meinem Versuch von befriedigender Länge, indem 26 und 49 Tage nach Aussetzen der Behandlung im Harn noch 0·5 Hg Quecksilber gefunden wurde.

Im Ganzen scheinen mir die Resultate der hier mitgetheilten Untersuchung, so weit sich der Werth eines Quecksilberpräparates aus der Eliminationsgrösse und -dauer beurtheilen lässt, dazu zu berechtigen, das Mercuriol als ein sehr beachtenswerthes Präparat zu bezeichnen.

Aus der Abtheilung für Haut- und venerische Krankheiten des St. Stephanspitals in Budapest.

Lupus erythematosus bei Geschwistern.

Von

Prof. Dr. **S. Róna.**

Der Lupus eryth. muss bei Geschwistern oder überhaupt bei Blutsverwandten sehr selten vorkommen, da ich diese Thatsache in der gesammten mir zugänglichen Literatur nur zweimal erwähnt fand. Aber auch von diesen besitzt keiner Authenticität oder gar wissenschaftlichen Werth, weil der eine Fall nur auf mündlicher Mittheilung eines Arztes, und der andere auf anamnestische Angaben einer Kranken beruht. Diese Fälle sind folgende:

1. „Ebenso (mündliche Mittheilung) kennt Weidenhammer (Worms) zwei tuberculöse Kinder. Das ältere hat Lupus vulgaris, das jüngere Lupus erythem. Bei dem älteren hat die Affection ebenfalls unter dem Bilde eines Lupus erythem. begonnen." (Fr. Roth, Archiv f. Dermat. u. Syphilis. 1900. Bd. LI, pag. 29. Fall 60.)

2. Joh. Sch. Anamnese: Eltern leben; die Mutter hatte ein ähnliches Leiden auf der Nase, eine Schwester auf der Hand. (L. c. p. 278, Gruppe G, Fall 9.)

Das ist Alles, was ich diesbezüglich in der Literatur vorfand, und deshalb entschloss ich mich, meine hierher gehörigen Beobachtungen zu veröffentlichen. Da wir aber über die Aetiologie des Lupus erythematosus noch nicht im Reinen sind, ja die Forschungen diesbezüglich von frischem aufgenommen werden müssen, so erlaube ich mir im Rahmen dieser Mit-



theilung, nur so nebensächlich auch meine anderweitigen bisherigen, auf die Aetiologie des Lupus erythematosus Bezug habenden klinischen Erfahruugen mitzutheilen.

Meine Erfahrungen beziehen sich auf 2 Schwestern, bei denen sich der Lupus erythematosus schwer manifestirte. Beide wurden durch geraume Zeit von mir beobachtet und behandelt, so dass ein diagnostischer Irrthum ganz und gar ausgeschlossen ist. Bei der dritten Schwester habe ich die Diagnose nur mit Vorbehalt auf Lupus erythematosus gestellt, da bei dieser die Erscheinungen von sehr leichter und flüchtiger Natur und nicht charakteristisch waren, und da bei dieser Patientin sich bisher noch keine Recidive zeigte.

Die Fälle sind wie folgt:

I. Fall. L. erythematosus faciei.

T. E., 24jährige ledige Näherin, wurde am 30. Jänner 1900 auf die Abtheilung aufgenommen.

Anamnese: Vor 12 Jahren begann ein Ausschlag auf der Nase, welcher sich von hier aus in den folgenden Jahren langsam fortschreitend auf die ganze Nase und beide Gesichtshälften ausbreitete. Das Leiden verursachte keine subjectiven Symptome. Pat. liess sich des öfteren behandeln, zuletzt vor sieben Jahren auf der Hautkranken - Abtheilung des Prof. Schwimmer, wo sie mit Thermokauter und Salben behandelt wurde. Ihre ältere Schwester leidet an derselben Hautkrankheit. Von ihren Kinderkrankheiten erwähnt sie Blattern und Masern. Ihre Menstruation zeigte sich im 12. Jahre und ist seitdem regelmässig. Vom Hautleiden abgesehen, fühlt sie sich ganz wohl, hat regelmässigen Appetit und Stuhl. Ihre Mutter starb mit 38 Jahren in Folge einer nach Trauma entstandenen Fussgangrän. Ihr Vater lebt, ist 68 Jahre alt, schwach, kränklich, hustet und wirft seit 2 Monaten sputum aus.[1]) Ein Bruder ihrer Mutter ist im 40. Lebensjahre an Lungenschwindsucht gestorben; die übrigen 4 Geschwister ihrer Mutter leben und sind gesund. Unsere Patientin selbst hatte 9 Geschwister, worunter 6 leibliche und 4 Stiefgeschwister. Von den 6 leiblichen sind 3 unsere Patientinen, der 4., ein 35jähriger lediger Mann, ist gesund und 2 sind in den Kinderjahren gestorben. Die Stiefgeschwister leben, sind gesund, die Aelteste ist 21 Jahre alt.

St. praes. Hochgradige Anaemie. Im Gesicht Blatternarben Typischer L. erythematosus u. zw. eine guldengrosse, rundliche, in der Mitte atrophische Plaque an der linken Wange, mehrere kleinere, un-

[1]) **Anmerkung während der Correctur**: Der Vater lag vor einigen Wochen auf der Abtheilung und sein Sputum wurde des öfteren untersucht. Es enthielt keine Tuberkelbacillen.



regelmässige und theilweise zusammenfliessende Plaques an der linken Nasenseite, am Nasenrücken, an der Nasenspitze und neben den beiden inneren Augenwinkeln. Die Nasenwurzel, die rechte Seite der Nase, sowie eine 20 Hellerstückgrosse Stelle der rechten Wange sind von weissen Narben occupirt.

Verlauf. Die kranken Stellen wurden theils mit Scarification, theils mit Thermokauter, theils mit intracutanen kakodylsaueren Natrium-injectionen behandelt und Patientin verliess symptomatisch geheilt am 12. April das Spital. Patientin erschien seitdem wiederholt im Spital, und zeigte nach Verlauf eines Monates im linken inneren Augenwinkel eine linsengrosse Recidive.

II. Fall. L. eryth. faciei et capillitii. Phthise des rechten Augapfels. Perforation des linken Trommelfells.

E. E., 28jährige ledige Näherin, Schwester obiger Patientin, wurde am 24. Mai 1900 auf die Abtheilung aufgenommen.

Anamnese: Der im Gesichte und auf der Kopfhaut befindliche Ausschlag besteht seit 15 Jahren. Derselbe begann an der Nase und kroch von dort weiter. Vor 10 Jahren im Anschluss an Influenza (?) übergriff angeblich der Ausschlag auch auf das linke Auge, wodurch dieses Auge ganz zu Grunde ging. Auch hört sie seitdem schlecht am linken Ohr, weil angeblich die Hautkrankheit sich auch auf den linken Ohrgang ausbreitete; Eiterung aus diesem Ohre bemerkte sie nie. Die Halsdrüsen pflegten hie und da in geringerem Masse anzuschwellen, vereiterten aber bisher nicht. Vor 10 Jahren stand sie Typhus und Rheumatismus aus. Seitdem fühlte sie sich, vom Hautleiden abgesehen, wohl, hatte guten Appetit und regelmässigen Stuhl.

St. praes. An der Kopfhaut sind nur an der Stirngrenze, an den Schläfengegenden, am Nacken Haare in schmalen Streifen zu sehen. Die übrige Kopfhaut ist ganz kahl und von blassen, narbenartig atrophischen oder rosarothen, mässig infiltrirten und durch erweiterte Gefässe durchwebte, hie und da mit dünner Borke bedeckte, rundliche, oder unregelmässig geformte Inseln occupirt. Die Nase und beide Gesichtshälften occupirt eine dünne Narbe, in welcher oberflächliche, braunrothe, mit erweiterten Gefässen durchflochtene Infiltrationen sich befinden. Ausser diesen sind noch an mehreren Stellen des Gesichtes, an beiden Ohrmuscheln umschriebene, rundliche, im Niveau oder etwas unter dem Niveau der Haut sitzende einhellergrosse, braunrothe, mässig infiltrirte, mit erweiterten Capillaren versehene Flecke. Der linke Gehörgang ist ganz mit diesem Ausschlag bedeckt. Innere Organe normal.

Therapie: Pinselungen mit Acidum lacticum und Alkohol.

Verlauf: Patientin verliess am 30. April 1900 bedeutend gebessert die Abtheilung.

III. Fall. L. eryth. faciei (?). Lymphadenitis tbc. colli.

R. E., 22jährige ledige Näherin, Schwester beider obigen Patientinen, kam am 2. Juli 1900 auf das Ambulatorium der Abtheilung.

Anamnese: Am 12. Juni erkrankte sie in Begleitung hohen Fiebers an Gesichtsrose, welche von der Nase ausgehend beide Gesichtshälften und die Stirne ergriff und 8 Tage dauerte. Nach Ablauf des Erysipels blieben oberhalb beider Augenbrauen und vor dem linken Ohre rothe Flecken zurück. Bis vor einem Jahre war sie stets gesund, damals aber entstanden unter dem rechten Unterkieferwinkel eine nuss- und zwei haselnussgrosse Drüsen, welche seitdem unverändert bestehen.

St. praes.: Oberhalb der rechten Augenbraue ist eine 1 Cm. grosse, oberhalb der linken Augenbraue eine 2 Cm. grosse, blass rosenrothe, in der Mitte kreidepulverartig abschülfernde, oberflächliche, etwas verschwommene Infiltration, welche gar keine subjectiven Symptome verursachen und von welchen die Schüppchen schwer ablösbar sind. Ein ähnlicher, circa 1 Cm. grosser blass rosenrother, in der Mitte etwas schuppender Fleck ist auch vor dem linken Ohr zu sehen. Eine nussgrosse und zwei haselnussgrosse Drüsen unter dem rechten Unterkieferwinkel.

Verlauf: 8. September. Die oberhalb der rechten Augenbraue und vor dem linken Ohre bestandenen Flecke sind spurlos verschwunden, hingegen jener oberhalb der linken Augenbraue ist auch noch jetzt gut zu sehen als ein 2 Cm. grosser, $1\frac{1}{2}$ Cm. breiter, braunrother, etwas infiltrirter, nicht schuppender Streifen.

Die richtige Diagnose der Fälle I und II ist nicht anzuzweifeln. Im II. Falle will die Patientin sogar das Zugrundegehen des rechten Auges und des linken Trommelfelles als Folge des Uebergreifens des L. eryth. auf die betreffenden Organe ansehen. Aber einen directen, objectiven Beweis zu dieser Annahme konnte ich nicht eruiren. Wahrscheinlich handelte es sich hier um Complicationen der Influenza. Im III. Falle habe ich die Diagnose selbst mit einem Fragezeichen versehen, umsomehr, da erfahrungsgemäss nach Verlauf des Erysipel manchmal 2—4 Wochen einzelne, umschriebene und mit Desquamation endende Infiltrate zu sehen sind.

Wie aus den Krankengeschichten dieser 3 Fälle zu ersehen, ist die Spur einer Tuberculose nur bei der 3. Schwester anzunehmen, weil die seit einem Jahre bestehenden Drüsenschwellungen nur auf Tuberculose zurückzuführen sind. Was die Familientuberculose anbelangt, ist das einzig zu berücksichtigende Moment die Lungentuberculose eines Onkels.

Und nun übergehe ich auf meine anderweitigen klinischen, zumeist die Aetiologie betreffenden Erfahrungen:

I. Geschlecht und Alter der L. erythematosuskranken. Seit 1886 bis zum heutigen Tage habe ich 53 eigene



Fälle gehabt, darunter 30 Frauen und 23 Männer. Ihr Alter war wie folgt:

Frauen.	
2 Jahre alt	— 3.
16 „ „	— 1.
18 „ „	— 1.
19 „ „	— 1.
20 „ „	— 1.
22 „ „	— 3.
23 „ „	— 1.
24 „ „	— 3.
25 „ „	— 1.
26 „ „	— 1.
28 „ „	— 1.
30 „ „	— 1.
32 „ „	— 3.
33 „ „	— 1.
37 „ „	— 1.
38 „ „	— 2.
41 „ „	— 1.
46 „ „	— 1.
50 „ „	— 1.
54 „ „	— 1.
64 „ „	— 1.
	30.

Männer.	
17 Jahre alt	— 1.
20 „ „	— 1.
23 „ „	— 1.
24 „ „	— 1.
26 „ „	— 1.
28 „ „	— 1.
30 „ „	— 7.
31 „ „	— 1.
32 „ „	— 1.
35 „ „	— 2.
38 „ „	— 1.
42 „ „	— 1.
46 „ „	— 1.
48 „ „	— 1.
49 „ „	— 1.
53 „ „	— 1.
	23.

Meine Beobachtungen bestätigen also die Erfahrung, dass der L. eryth. bei Frauen öfter beobachtet wird als bei Männern, und dass er über 50 Jahren bedeutend seltener ist als unter 50 Jahren (5 : 53 = ca. 10%), dass aber ausnahmsweise derselbe auch in den 60er Jahren zur Beobachtung gelangt (1 : 53).

II. Das Verhältniss des L. eryth. zur Tuberculose. Unter meinen 53 Fällen fand ich nur bei 25 diesbezügliche Aufzeichnungen, da ich auf diesen Punkt erst seit einigen Jahren Rücksicht nahm. Bei 8 von diesen 25 war weder personelle noch Familientuberculose zu erforschen. In einem Falle war keine personelle Tuberculose zu entdecken. aber von der Familie war nichts zu erfahren. In zwei Fällen sind als Zeichen der personellen Tuberculose Lymphdrüsen-

schwellungen am Halse angegeben, ohne Daten auf Familientuberculose. In einem Falle war hochgradige Anaemie, Magencatarrh, Schwindelanfälle und auf Tuberculose verdächtige Familie notirt. In einem Falle hochgradige Anaemie und fragliche Tuberculose der Familie. In 9 Fällen keine Spur der personellen Tuberculose, aber in der Familie (Eltern, Geschwister, Geschwister der Eltern) kamen Caries, Phthise und Drüsenschwellungen vor. In 2 Fällen sind als Zeichen personeller Tuberculose Drüsenanschwellungen nebst Familientuberculose notirt. Eine Patientin konnte ich bis zu ihrem Lebensende beobachten, selbe ist an Lungentuberculose gestorben.

III. Das Verhältniss des L. eryth. zum L. vulgaris. Von Mehreren wird der Uebergang des L. eryth. zum L. vulgaris oder die Beobachtung beider Formen an einem und demselben Individuum angegeben, um die Verwandtschaft beider auch damit zu documentiren. Unter meinen 53 eigenen, wie auch unter den während meiner Assistentenzeit auf der Schwimmer'schen Abtheilung und anderswo beobachteten (von hiesigen und ausländischen Collegen vorgestellten) (auch ca. 50), also unter zusammen beiläufig 100 Fällen habe ich kein einzigesmal obige Combination gesehen. Hingegen ist in 3 meiner Fälle eine derartige Aehnlichkeit zu L. vulgaris notirt, dass man erst nach einer gewissen Beobachtungszeit den L. vulgaris ausschliessen konnte. Dies meine Erfahrungen. Selbe sind viel zu gering und lückenhaft, um mit diesen für oder gegen die tuberculöse Aetiologie zu argumentiren, aber einen kleinen bescheidenen Platz, glaube ich, sind sie doch unter den nun folgenden Beiträgen einzunehmen geeignet.

Bemerkungen über die dermatologische Nomenclatur.

Von

Dr. **L. Philippson** (Palermo).

Im wesentlichen bestreitet auch heute noch die Dermatologie ihren Bedarf an Namen für Krankheiten aus dem Wortschatze, welcher ihr mit der medicinischen Literatur des griechischen und lateinischen Alterthums überliefert worden ist. Diese Wörter haben nun zwar im Laufe der Zeit ihre Bedeutung sehr häufig ändern müssen, indem sie zur Bezeichnung bald dieser oder jener Krankheitserscheinung, bald der einen oder der anderen Krankheitsgruppe gedient haben, aber schliesslich hat sich doch der Bereich ihrer Anwendung immer mehr eingeengt und sind sie theils in Folge des Sprachgebrauches, theils durch die freie Wahl eines Autors an bestimmten Krankheiten haften geblieben. Die Anzahl dieser Wörter war aber von vornherein eine beschränkte und, als mit der Entwicklung der Wissenschaft neue Benennungen nöthig wurden, fand man keine Schwierigkeit darin, dieselben immer wieder von neuem in Anwendung zu ziehen. Aus diesem Grunde begegnen wir den Namen Lichen, Herpes, Pityriasis, Eczem, Acne, Pemphigus u. a. m. auf Schritt und Tritt und zwar bei Krankheiten, die durch ganz und gar keine verwandtschaftlichen Bande mit einander in Beziehung stehen, sondern nur durch ihren Namen zu Vettern gestempelt werden. Welche Verwirrung dadurch, aber in der Nomenclatur entstehen musste, ist leicht verständlich und wer sich derselben zum ersten Male gewärtig wird, kann daher nicht umhin, sich über die Zähigkeit zu verwundern, mit welcher die Dermatologen bestrebt waren, an den alten Termini festzuhalten. Diese Erscheinung wird eigentlich nur dann verständlich, wenn man annimmt, dass sie nicht so sehr Pietätsrücksichten ihren Ursprung verdankte, als vielmehr der Ueberzeugung, dass in jenen Begriffen in Wirklichkeit bereits die Hauptsache des Wissens eingeschlossen wäre und dass es nur darauf ankäme, diesen Inhalt genau zu bestimmen und abzugrenzen, um für ihn in den Namen einen adäquaten Ausdruck zu gewinnen. Und in der That



sehen wir auch, dass alle Neuerer ihre Reformen damit angefangen haben, möglichst scharf die Bedeutung festzustellen, welche den classischen Vocabeln zukommen sollte. Gleichzeitig unterliessen sie es auch nie, davor zu warnen, künftighin diese Wörter in einem andern, als in dem von ihnen vorgeschlagenen Sinne zu gebrauchen, um der Verwirrung vorzubeugen, welche eine unausbleibliche Folge davon geworden wäre, wenn man dieselben auch auf andere Krankheiten übertragen hätte. Diese Ermahnung hat aber in Wirklichkeit nur selten und nur für sehr kurze Zeit in dem Kreise der Forscher Beachtung gefunden, ja, was eigentlich noch auffälliger ist, sie ist sogar gelegentlich von den Lehrmeistern selbst nicht befolgt worden.

Es muss also noch eine stärkere Triebfeder als die erwähnte Anschauung wirksam gewesen sein, welche die Dermatologen immer wieder zu derselben Quelle zurückgeführt hat, aus der sie ihre Sprachmittel schöpften. Den eigentlichen Grund dafür finden wir nun in der klinischen Methode der Dermatologie.

Es war zwar schon lange der klinische Grundsatz anerkannt worden, dass bei der Eintheilung der Krankheiten nicht mehr nach dem Willan'schen Princip zu verfahren wäre, welches nur der rein morphologischen Seite der krankhaften Hautveränderungen Rechnung getragen hatte, sondern dass zu diesem Zwecke der ganze Verlauf des Krankheitsprocesses in Betracht gezogen werden sollte. In Wirklichkeit aber drängte sich bei der Anwendung dieses modernen Princips der Dermatologie immer wieder die alte Auffassung von dem nosologischen Werthe der Efflorescenzen in den Vordergrund, derart, dass für die Benennung einer neuen Krankheit stets wieder das rein morphologische Aussehen massgebend wurde. So erklärt es sich, dass wir in den Lehrbüchern neben den Hauptkrankheiten, die einen der classischen Namen tragen, eine ganze Reihe von andern ebenfalls mit denselben belegt finden, die mit jenen ganz und gar nichts anderes gemein haben, als nur eine sehr oberflächliche Aehnlichkeit in dem Aussehen ihrer Hautveränderungen.

So hat z. B. bereits die Bildung von kleinen Erhebungen über die Hautoberfläche genügt, um mit demselben Namen „Lichen" Affectionen zu bezeichnen, die, ich sage gar nicht, im Verlaufe grundverschieden sind, sondern selbst schon in Bezug auf ihre Elementarläsionen bedeutende Unterschiede aufweisen; man vergleiche nur miteinander Lichen planus, Lichen ruber acuminatus, Lichen pilaris, Lichen syphiliticus, Lichen scrophulosorum, Lichen spinulosus. Man sehe sich ferner den Gebrauch an, den man von dem Wort Pityriasis gemacht hat bei Krankheiten, die so verschieden im Aussehen sind, wie Pityriasis capitis, rubra, rosea, circinaria, versicolor u. s. w. Und man erinnere sich nur der vielseitigen Anwendung, die den Wörtern Pemphigus, Herpes, Ichthyosis u. a. m. zutheil geworden ist.

Durch den vielfältigen Gebrauch, der von diesen alten Termini gemacht wurde, war offenbar allmälig der eigentliche Wortsinn vollkommen verloren gegangen, so dass sie schliesslich sogar wechselweise für

einander haben eintreten können. So wird es verständlich, dass schliesslich für ein und dieselbe Krankheit Synonyme aufkamen, die streng genommen nie und nimmer dasselbe Ding hätten bezeichnen dürfen. Nehmen wir beispielsweise Pityriasis rosea, die doch ein sehr einfaches Aussehen hat — für diese Affection gibt es noch Vergleiche mit drei andern, u. zw. mit Erythem (papulosum desquamativum), mit Eczem (erythematosum) und Roseola (squamosa). Auch die Seborrhoea corporis von Duhring konnte den Vergleich mit Eczem (marginé von Hardy), mit Lichen (annulatus von Wilson) und mit Pityriasis (circinaria Payne) herausfordern.

Wer nun aus den Namen von Hautkrankheiten einen Schluss auf deren Inhalt ziehen wollte, der würde sich daher der Gefahr aussetzen, zu ganz falschen Vorstellungen zu gelangen. Denn, wenn er z. B. aus der Gleichung Herpes iris=Hydroa verum folgern würde, dass Herpes und Hydroa gleich wären, so müsste er auch die beiden Krankheiten Herpes vacciniformis und Hydroa vacciniforme für identisch halten, obgleich sie doch grundverschieden sind. Mit dem ersten Namen belegt nämlich Fournier eine bei Säuglingen in der Aftergegend vorkommende Eruption von Papeln, die sich in Geschwüre umwandeln, während den zweiten Namen Bazin für eine an Händen und Gesicht vorkommende Affection gebrauchte, bei welcher sich kleine trockene nekrotische Herde bilden. (Die Sommereruption von Hutchinson.)

An solchen Beispielen ist die Dermatologie sehr reich und wir haben uns deshalb an die Regellosigkeit der Nomenclatur derartig gewöhnt, dass wir höchstens dann dadurch frappirt werden, wenn dieselbe uns einmal in recht grotesker Weise entgegen tritt, wie in dem Falle von der Anwendung des Wortes Lupus für Processe, die mit dieser Krankheit nichts anderes gemein haben, als eine einzige morphologische Eigenschaft, nämlich die, sich in der Fläche auszubreiten: siehe Lupus lymphaticus für Lymphangioma circumscriptum und Naevus lupus für Angioma serpiginosum. In Wirklichkeit aber verfährt der Autor dieser Bezeichnungen, Hutchinson, nur nach einem Vorbilde, das schon lange von der Wissenschaft in den Ausdrücken Lupus syphiliticus und Lupus erythematosus sanctionirt worden ist.

Wenn nun auch für den Eingeweihten aus diesen Mängeln der Terminologie nicht so leicht Schwierigkeiten erwachsen, so ist doch mitunter die Namenverwirrung so gross, dass auch er dadurch zu Irrthümern verleitet werden kann und die Geschichte der Dermatologie weiss von einigen recht lehrreichen Beispielen zu berichten. Besnier und Doyon z. B. haben sich zu einer Ehrenrettung von Bateman verpflichtet gesehen, da Kaposi ihm den Vorwurf gemacht hatte, Herpes circinatus für parasitär gehalten zu haben. In Wirklichkeit hat aber jener Forscher darin Recht gehabt, denn für ihn entsprach diese Krankheit dem heutigen Herpes tonsurans. In der Wiener Schule wurde aber mit diesem Namen eine Form des Erythema polymorphon belegt, nämlich Herpes iris et circinatus und daraus erklärt sich das Missverständniss Kaposi's. Mit dem Namen



Herpes tonsurans ist nun auch noch ein anderer Irrthum verknüpft, denn Cazenave, der Autor desselben, glaubte es in seinen ersten Fällen nicht mit einer parasitären Krankheit zu thun zu haben, die vor ihm Porrigo scutulata (Willan) und Teigne tondante (Mahon) benannt worden war, sondern mit einer Bläschen-(Herpes-)Affection und wählte daher diesen Namen. Einem Irrthum seinen Ursprung verdankend, hat der Name Herpes tonsurans trotzdem Glück gehabt und er konnte auch nach der Erkenntniss des Irrthumes weiter gebraucht werden, weil das Wort Herpes allmälig einen weiten und unbestimmten Sinn angenommen hatte, wie so viele andere Namen.

In neuerer Zeit geht man entschieden etwas sparsamer mit der Benutzung der alten Namen, die schon so häufig gebraucht und gemissbraucht worden sind, um, und man sucht mit mehr oder weniger ausgesprochener Absicht dieselben auf möglichst wenige Krankheiten zu beschränken, indem man sie dort abschafft, wo sie überflüssig sind oder durch bessere ersetzt werden können.

Am leichtesten ist dies mit dem Worte Herpes gelungen, welches im Auslande wenigstens bei Herpes zoster schon längst in Wegfall gekommen ist. Auch der Name Herpes tonsurans scheint glücklich überwunden zu sein und die bereits im Jahre 1859 von Hardy vorgeschlagene Bezeichnung Trichophytie gewinnt auch ausserhalb der Grenzen Frankreichs immer mehr Anhänger. Herpes iris und circinatus beizubehalten, liegt ebenfalls kein Grund vor, da sie durch Erythema iris und circinatus leicht ersetzt werden können.

Auch den Gebrauch des Wortes Lichen hat man gesucht, einzuengen, u. zw. bei Lichen scrophulosorum durch Folliculitis scroph., Scrophuloderma papulosum und ähnliche Ausdrücke, bei Lichen Vidal durch Névrodermite (Brocq) und Prurigo temporanea (Tommasoli).

Den Terminus Pityriasis, gelingt es schon schwieriger, los zu werden, was eigentlich sehr zu wünschen wäre; nur für Pityriasis rubra Hebra hat die Besnier'sche Benennung Erythrodermie Erfolg gehabt.

Aber immerhin ist es nicht zu verkennen, dass man mit Absicht der Versuchung aus dem Wege geht, in der arbiträren Weise, wie früher, schlankweg schon vielfach verwendete Namen von neuem in Anwendung zu ziehen. Statt eine Krankheit ohne weiteres Pemphigus, Lichen, Eczem etc. zu heissen, drückt man sich daher heute vielfach in bescheidenerer Form aus, man sagt nämlich pemphigoid, lichenoid, eczematoid etc. Man merkt hier zwar die Absicht, aber man wird nicht verstimmt, denn so lange in der Dermatologie die morphologische Seite einer Hautaffection noch für so wichtig gehalten wird, dass sie zur Charakterisirung derselben dienen muss und man daher den Vergleich derselben mit andern bekannten nicht umgehen kann, ist es schon dankbar anzuerkennen, wenn in der Benennung eine Identificirung

vermieden wird und man es mit der Hervorhebung der Aehnlichkeit genug sein lässt. Meistens werden diese Wörter nun als Adjective den Substantiven Dermatitis, Dermatose, Exanthem, Eruption u. s. w. beigefügt, aber der Sprachgebrauch verbietet keineswegs, sie auch als Hauptwörter zu verwenden, wofür doch in den Wörtern Amyloid, Albuminoid etc. bereits Beispiele vorliegen. Dadurch würde die Terminologie noch etwas bequemer gestaltet werden.

Trotz dieser kleinen Verbesserungen wird es nun aber wohl schwerlich gelingen, die Reinheit der classischen Termini wieder herzustellen oder aufrecht zu erhalten, denn sie haben während der Entwicklung der Wissenschaft schon zu viele Wandlungen durchgemacht und auch die puristischen Bestrebungen der grössten Reformatoren auf diesem Gebiete sind nie von dauerndem Erfolge gekrönt gewesen. Mächtiger als die Vorschriften der Autoritäten hat sich der Sprachgebrauch erwiesen und wie derselbe ehemals stets wieder zu einer willkürlichen Verwendung der alten Vokabeln zurückgekehrt ist, so scheint er heute endlich dahin zu zielen, dieselben gänzlich aufzugeben. Denn, wenn heute Lichen planus Lichen Wilsons genannt wird, wenn man heute für nöthig findet der Pityriasis rubra den Namen von Hebra hinzuzufügen oder der Pityriasis rosea denjenigen von Gibert oder gar bei Pityriasis rubra pilaris nicht den Namen von Devergie oder bei Dermatitis herpetiformis nicht denjenigen von Duhring unterdrückt, was bedeutet das anderes, als dass der Titel der Krankheit, mag er auch mit noch so vielen Beiwörtern geziert sein, nicht seinem Zwecke entspricht und dass nur der Autorname im Stande ist, die Krankheit näher zu bestimmen? Dann aber wäre es dasselbe, ohne weiters von der Krankheit dieses oder jenen Autors zu reden.

Die dermatologische Nomenclatur ist noch aus einem zweiten Grunde zu einer so verworrenen geworden, wie wir sie heute vorfinden. Man hat nämlich nicht allein die Krankheiten als Ganzes mit Namen belegt, sondern auch ihre einzelnen Stadien, Formen und Varietäten. Früher zwar wurden zu diesem Zwecke ganz neue Ausdrücke verwendet, wie sie noch heute beim Erythem im Lichen urticatus, Herpes iris, Hydroa bestehen, aber auch die jetzt üblichen Bezeichnungen, bei denen dem Namen der Krankheit Adjective hinzugefügt werden, geben dazu Veranlassung, die Terminologie zu compliciren. Lassen sich dieselben nun nicht umgehen? Sind dieselben nicht vielleicht schon in den meisten Fällen vollständig überflüssig geworden? Ich glaube wohl; denn auch auf andern Gebieten der Medicin, in welchen in früheren Zeiten für jedwede Formverschiedenheit eine besondere Benennung existirte, ist der Gebrauch derselben immer mehr abhanden gekommen. Man denke nur an die zahlreichen Termini, welche das Aussehen der Zunge, des Sputums, des Urins, der Faeces, des Eiters etc. betrafen und von denen sich nur noch der kleinste Theil erhalten hat. Diese Thatsache findet ihre Erklärung



darin, dass man sich früher bei der Untersuchung mit den sinnfälligen Eigenschaften der Objecte begnügen musste, während heute dieselben gegenüber den Resultaten, welche mit den modernen Methoden zu erhalten sind, bedeutend an Werth verloren haben. Deshalb hält man sich nicht mehr mit den Aeusserlichkeiten auf, sondern geht direct auf die Feststellung der wichtigsten Befunde los. In der Pathologie der Haut hingegen sind wir noch auf dem alten Standpunkte geblieben: man verliert sich hier in einem minutiösen Beschreiben der morphologischen Eigenschaften der krankhaften Hautveränderungen und hält dieselben für die klinische Untersuchung für so wichtig, dass man die verschiedenen Formen mit besonderen Namen belegt, damit sie auch bequem für diagnostische Zwecke verwerthet werden können. Würde man hier aber, wie in der übrigen Medicin, eine gründliche Anwendung von den anatomischen, pathologisch-anatomischen und ätiologischen Kenntnissen machen, welche die Dermatologie bereits besitzt, so würde aus der morphologischen Beschreibung eine pathogenetische werden und es würden damit alle besonderen Benennungen der Stadien, Formen und Varietäten des Krankheitsprocesses von selbst in Wegfall kommen. Dafür finden wir bereits ein sehr instructives Beispiel in der Beschreibung der Scabies. Man vergleiche nur diejenige, welche Hebra davon gibt, mit derjenigen von Hardy, die nahezu 20 Jahre später gemacht wurde. Hebra kommt nahezu ohne termini technici aus, weil er eine sehr gründliche Erklärung von der Entstehung aller Symptome liefert und diese pathogenetische Erklärung genügt zum Verständniss jedweden Falles, so complicirt er auch sein mag, vollauf. Die Darstellung Hardy's dagegen setzt sich mosaikartig aus einzelnen dermatologischen Entitäten zusammen, nämlich Prurigo, Ekthyma, Lichen, Eczem und Impetigo, welche den verschiedenen Krankheitsformen der Scabies entsprechen und die der rein morphologischen Seite derselben Rechnung tragen. Aber ebenso gut, wie bei dieser Krankheit, ist es heute bereits bei sehr vielen anderen Krankheiten möglich, die Hervorhebung der verschiedenen Formen mittels eigener Namen durch eine Beschreibung, die alle für die Genese wichtigen Thatsachen in Betracht zieht, zu umgehen.

Ein weiterer Mangel der dermatologischen Nomenclatur liegt darin, dass sie sehr viele Synonyme besitzt. Es gibt wohl kaum eine Krankheit, die damit nicht versehen ist und, wenn sie auch nicht mehr alle in Gebrauch sind, so bleiben trotzdem noch genug übrig, um dem Lernenden das Studium der Hautkrankheiten merklich zu erschweren und um gelegentlich auch dem Fachmanne bei Nachforschungen in der Literatur hinderlich zu werden. Der Ursprung dieser Synonyme ist ein recht verschiedener; zum Theil wenigstens haben sie sogar ihre historische Berechtigung. Ohne dieselben auszukommen, war überhaupt nur so lange möglich, als noch bestimmte Schulen bestanden, innerhalb welcher die Terminologie eine sehr einfache sein konnte. Und sie konnte sich als



solche auch bewahren, wenn sie über die Grenzen ihres ursprünglichen Gebietes hinaustrat, sobald sie nur von einer Autorität wie derjenigen von Hebra gestützt war. Aber in neuerer Zeit, wo durch den regen internationalen Verkehr die Literaturen der verschiedenen Länder und Schulen wieder mehr zur Geltung gekommen sind, sind auch viele Namen, die früher nur eine beschränkte Anwendung gefunden hatten, in Umlauf gesetzt worden und sind für ein und dieselbe Krankheit häufig mehrere Namen in Gebrauch gekommen, die alle gleiche historische Berechtigung besitzen. Es kann hier also nur dem Sprachgebrauch anheimgestellt werden, eine Auswahl unter ihnen zu treffen.

Bei einer zweiten Classe von Synonymen liegen aber andere Gründe vor, welche nicht nur ein Aufgeben derselben hindern, sondern die sogar bewirken, dass sich fortwährend neue bilden. Sie verdanken nämlich dem Bestreben ihren Ursprung, die bereits bestehenden Namen zu verbessern. Da nun diese Verbesserungen bei der morphologischen Richtung in dem Studium der Hautkrankheiten zumeist aus Eigenschaften derselben abgeleitet werden, die grossen Variationen unterliegen, so wird es erklärlich, dass derartigen Verbesserungen keine Grenze gezogen werden können. Damit ist aber eine unerschöpfliche Quelle für die Bildung von Synonymen gegeben, wozu noch der Umstand beiträgt, dass einmal in die Literatur eingeführte Namen, mögen sie auch noch so mangelhaft sein, nicht so leicht wieder aufgegeben werden. So werden die Varietäten dann zum Ausgangspunkt für neue Bezeichnungen, die alle für einander wechselweise eintreten können, zu grossem Nachtheil für die Klarheit der Terminologie.

Andere Synonyme schliesslich werden erst später zu solchen, nachdem sie ursprünglich zur Bezeichnung von verschiedenen Krankheiten gedient haben, d. h. Krankheiten im weitesten Sinne gemeint. Denn in Wirklichkeit handelt es sich hier meistens um Namen, die nur für einen oder für wenige Fälle besonders creirt wurden, für welche die Identifizirung mit bekannten Krankheiten nur deshalb nicht vorgenommen wurde, weil diese oder jene Abweichung in der Form oder in dem Aussehen der Hautveränderungen oder in derem Sitz oder deren Intensität von dem Typus vorlag. So sehen wir denn so manches Varietätchen, als ob es sich seiner Abkunft schämte, seinen Familiennamen verleugnend, mit eigenem Namen in der Literatur prunken. Mitunter mag es wohl vorkommen, dass es sich ohne eigenes Verschulden als echtes Findelkind fühlt und nichts von seinem Ursprung weiss, aber gar oft ist das nur sein eigener Fehler, denn es hätte nur nöthig, auf das Standesamt der Literatur zu gehen, wo es leicht Auskunft über seine Eltern empfangen könne, deren Personalien wohl gebucht schon seit langer Zeit dort aufbewahrt werden. Wenn es nun aber schliesslich doch von einem gewissenhaften Kritiker gefasst und ins Elternhaus gebracht wird, so müsste es dann eigentlich seinen usurpirten Namen verlieren, aber meistens lässt man ihm denselben und so wird die Zahl der Synonyme von neuem bereichert.



Die Mängel, welche der dermatologischen Nomenclatur eigen sind, rühren, was selbstverständlich gar nicht zu verkennen ist, von der Art ihres Gegenstandes her und kommen ihr wie jeder andern zu, die es mit der Benennung von Dingen zu thun hat, welche lose nebeneinander stehen, scheinbar ohne inneren Zusammenhang sind und für welche gemeinsame Gesichtspunkte oder gar Gesetze, aus denen weitere Begriffe abgeleitet werden können, noch nicht gefunden worden sind. Es macht sich hier also sehr deutlich der Mangel einer Classification geltend, denn die würde ja die Möglichkeit an die Hand geben, ganze Reihen von Krankheiten zusammen zu fassen und den einzelnen Gliedern derselben einen gemeinsamen Namen zu geben, von dem dann die speciellen Namen leicht abgeleitet werden können. Wenn wir nun diesen vortheilhaften Einfluss der Classification von der Hebra'schen nicht gesehen haben, so liegt darin kein Widerspruch mit der obigen Behauptung, denn dieser wurde ein ganz einseitiges Princip, das pathologisch-anatomische, zu Grunde gelegt, ohne Rücksicht darauf, dass die Dinge, welche zu ordnen waren, ganz und gar nicht gleichwerthig waren. Es wurden da einfach anatomische Befunde, einfache und complicirte Krankheitsprocesse, rein äussere und symptomatische Veränderungen der Haut nur vom Standpunkte ihrer anatomischen Eigenschaften aus verglichen und auf diese Weise war es daher auch unmöglich zu grösseren einheitlichen Krankheitsgruppen zu gelangen. Eine Classification hingegen, die wirklich alle die einzelnen Bestandtheile, aus denen sich eine Krankheit zusammensetzt und die von den verschiedenen Disciplinen geliefert werden, berücksichtigt, muss nothwendigerweise den von uns gewünschten Erfolg haben und deshalb sehen wir auch Bazin vermittelst seines Systems zu einer grossen Vereinfachung der Nomenclatur gelangen. Man vergleiche nur seine drei Classen der Herpétides, Arthritides und Scrofulides und man wird erkennen, in wie einfacher und logischer Weise ihm dadurch die Benennung der zu denselben gehörigen Krankheiten gelungen ist. Selbstverständlich können wir diese Classification heute nicht mehr aufrechterhalten, aber sie kann immer noch als Muster einer solchen dienen und als ein Beleg für den Vortheil, welcher daraus für die Nomenclatur erwachsen würde.

Wenn bisher nur von den Mängeln der Nomenclatur und von der Gesetzlosigkeit, welche bei den Bezeichnungen von Krankheiten herrscht, gesprochen worden ist, so soll doch andererseits nicht verkannt werden, dass auch ein zielbewusstes Bestreben besteht, die Sache zu bessern, indem nach bestimmten Grundsätzen verfahren wird. Diese Absicht tritt nämlich deutlich zu Tage in den Fällen, wo erstens die sogenannten beschreibenden Namen und wo zweitens anatomische Namen gewählt worden sind.

Für denjenigen, welchem die dermatologische Terminologie nicht geläufig ist, bieten sich die ersteren ganz natürlich dar und wir finden

daher in der Literatur verschiedene Beispiele von Krankheiten, welche ausser einem specialistischen Namen auch einen beschreibenden tragen, der ihnen von Nicht-Fachleuten verliehen wurde. Die Epidermolysis bullosa hereditaria Köbner's wurde von Goldscheider als hereditäre Neigung zur Blasenbildung zuerst beschrieben. Die Urticaria gigas von Milton entspricht dem acuten circumscripten Oedem von Quincke. Als Trichorhexis nodosa machte Kaposi den Dermatologen Beigels Beobachtung über Auftreiben und Bersten der Haare bekannt.

Allgemeiner in Gebrauch ist aber diese Art der Benennung erst bei den französischen Dermatologen gekommen, welche sich derselben bedienen, sowohl um fehlerhafte Namen zu umgehen, wie es Besnier thut, indem er an die Stelle von Impetigo herpetiformis Dermatite pustuleuse circinée et excentrique setzt, oder wenn Brocq Dermatitis herpetiformis durch Dermatite polymorphe douloureuse à poussées successives umschreibt — als auch, um vereinzelte Krankheitsfälle festzuhalten. Gerade hier ist nun eine beschreibende Bezeichnung sehr gut am Platze, denn sie kann einerseits alles enthalten, was zur näheren Bestimmung der vorliegenden Beobachtung nöthig ist, so dass ihre Identificirung später leicht möglich wird und andererseits vermeidet sie, etwas zu präjudiciren, wie es unausbleiblich geschieht, wenn man bereits anderwärts verwerthete Namen wählt und daraus neue bildet. So behält dann die Benennung ihre freie Beweglichkeit, sie kann leicht umgeändert und vervollständigt werden und belästigt in keiner Weise die Nomenclatur. Denn es ist leicht zu beobachten, dass nur diejenigen Namen, welche sich an bekannte anlehnen, leicht Eingang in die Literatur finden und dass daher, wenn sie für ganz vereinzelte, noch zu studirende Krankheiten benutzt werden, zugleich Dinge in die Wissenschaft einführen, die dafür noch nicht reif sind und für welche ein äusseres Merkmal sehr wünschenswerth wäre. Dieses aber besitzen wir in den definirenden Bezeichnungen. Es ist daher im Interesse nicht allein der Sprache, sondern auch der Wissenschaft selbst zu wünschen, dass sie immer mehr in Anwendung käme.

Die Verwerthung anatomischer Namen für Hautkrankheiten ist naturgemäss zuerst bei den Geschwülsten in Aufnahme gekommen, bei denen die klinischen Eigenschaften zu wenig Anhaltspunkte darboten, um eine symptomatische oder morphologische Bezeichnung zu ermöglichen. Auf diesem Gebiete konnte sich also die Dermatologie dem Einflusse der anatomischen Richtung in der Medicin nicht entziehen. Und so sehen wir denn auch, wie ursprünglich rein dermatologische Namen von Geschwülsten allmälig durch präcisere anatomische ersetzt wurden. Auspitz wandelt Mycosis fungoides in Granuloma fungoides um, Neisser Molluscum contagiosum in Epithelioma contagiosum. Balger Colloidmilium in dégénérescence colloïde du derme, Jacquet Hydradénome éruptif von Besnier in Epithéliome kystique benin, v. Recklinghausen Verruca mollis in Endothelialwarze etc. Aber in wirklich methodischer Weise hat erst Auspitz anatomische Namen für Hautkrankheiten in Anwendung



gezogen, wie in den Ausdrücken Parakeratose, Hyperkeratose, Akanthose, Akantholyse. Dieselben haben dann später durch Hans v. Hebra in seinem Lehrbuch der Hautkrankheiten und durch Unna weitere Verbreitung gefunden. Diese neuen Termini haben sich nun zum Theil deshalb leicht Eingang in die Dermatologie verschaffen können, weil sie sich auf Veränderungen der oberflächlichen Hautschichten bezogen, bei denen Anomalien der anatomischen Structur auch klinisch leicht festzustellen sind. Bei Störungen der tieferen Hautschichten hingegen haben die Kenntnisse der pathologischen Thatsachen bisher noch wenig Einfluss auf die klinische Beschreibung der Krankheiten und daher auch auf die Nomenclatur gewonnen. Es liegt aber gar kein Grund vor, weshalb nicht auch hier die anatomische Richtung zur Geltung kommen sollte, denn je besser die den sichtbaren Hautveränderungen als Substrat dienenden histologischen Veränderungen bekannt werden, um so mehr können auch die bisher üblichen morphologischen Bestimmungen durch genauere und wichtigere anatomische ersetzt werden. Gerade bei dem innigen Verhältniss, in welchem die Dermatologie zur pathologischen Anatomie steht, sollten doch alle die Vortheile, welche letztere bietet, auch in der Klinik gründlich ausgenutzt werden. Das wird aber besonders in denjenigen Fällen leicht geschehen können, wo entweder der ganze Krankheitsprocess in den Hautveränderungen selbst liegt oder wo wenigstens die bestbekannten Eigenschaften einer Krankheit durch dieselben repräsentirt werden. In diesen Fällen würde entweder die pathologisch-anatomische Diagnose ohne weiteres sehr gut auch als klinischer Name gebraucht werden können, ebenso wie die Untersuchung am Leichentisch mit einer solchen Diagnose abschliesst oder es könnte ihr noch eine Bezeichnung für besondere klinische Eigenschaften des Processes hinzugefügt werden. Auf diese Weise würde dann auch von Seiten der pathologischen Anatomie noch mehr dazu beigetragen werden, die Nomenclatur in einfacher und methodischer Weise zu entwickeln.

Ueber Syphilis des Kleinhirns.

Eine literarische Skizze.

Von

J. K. Proksch in Wien.

Als im Beginn der sechziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts die drei umfangreichen Monographien über die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems von Gustave Lagneau fils (1), Léon Gros et Lancereaux (2) und A. Zambaco (3) in rascher Nacheinanderfolge erschienen waren, konnte man darüber beruhigt sein, wenn schon nicht Alles, so doch das weitaus Meiste über den betreffenden Gegenstand beisammen zu haben; aber alle drei Monographien waren nothwendig, um diese Beruhigung zu gewinnen.

Seither ist das neue Material bis in unsere Tage in's Riesenhafte angewachsen, jedoch ein solches Terzett hat sich nicht mehr zusammengefunden; zwar sind in der folgenden Zeit sehr viele und darunter recht umfängliche Monographien über denselben Gegenstand herausgegeben worden, doch verarbeitete man in diesen grösstentheils nur selbstbeobachtete Fälle und nahm nur sehr wenig oder auch nur etwas mehr auf die bereits vorhandene Literatur Rücksicht. Zu diesen letzteren gehört auch noch das Buch von H. Oppenheim (4); obwohl der Verfasser sich recht oft auf die Literatur glatthin beruft, was ja auch auf die ganze Literatur gedeutet werden könnte. Das jüngste Werk, welches sich ausdrücklich auf die gesammte Literatur bezieht und „auf Grund des vorliegenden Materials und eigener Untersuchungen“ entstanden ist, stammt



von Theodor Rumpf (5). Das Werk, vor welchem sich heute noch alle Autoritäten der Syphilidologie und Neurologie neigen, zeigt aber dennoch sehr bedeutende Lücken in der Kenntniss der einschlägigen Literatur; besonders mangelhaft ist auch die Darstellung über unser gegenwärtiges Thema: die syphilitischen Erkrankungen des Kleinhirns.

Freilich stand Rumpf damals noch kein nennenswerther bibliographischer Behelf zu Gebote, wie ihn Oppenheim bereits hatte, der die Syphilis des Kleinhirns überhaupt nicht gesondert vorführt; es sind zwar hie und da Gummata und Erweichung des Cerebellum, sowie in der Symptomatologie des Gehirns: Schwindel, Taumeln, Torkeln, Gehstörung, Gang des Trunkenen, Incoordination des Ganges hervorgehoben; doch sind die anatomischen Veränderungen und die Erscheinungen am Lebenden nirgend zu einem Gesammtbild der Kleinhirnsyphilis vereinigt. Nur an einer Stelle scheint das Verhältniss gewisser Gehstörungen zum Kleinhirn angedeutet: „Verbindet sich aber der Schwindel mit einer objectiv nachweisbaren Gleichgewichtsstörung, mit den Zeichen der cerebellaren Ataxie, so ist — vorausgesetzt, dass andere, besonders aurale Ursachen ausgeschlossen werden können — an Lues cerebri zu denken." Warum also nicht Lues cerebelli? Es ist demnach nicht genug klar, ob Oppenheim zu denjenigen Autoritäten zählt, welche den Erkrankungen des Kleinhirns charakteristische Erscheinungen zugestehen (pathognomonische sind ja seit Hermann Nothnagel (6) längst aufgegeben).

Trotz überaus zahlreichen, bereits von den alten griechischen Aerzten an, bis herein in unsere Tage vorgenommenen Experimenten an Thieren, trotz einer sehr beträchtlichen Casuistik von traumatischen Verletzungen, klinischen Beobachtungen und anatomischen Untersuchungen von Blutungen, Erweichungen, Abscessen, Atrophien, Cysten, Gliomen, Gliosarcomen, Tuberculose und anderen direct oder indirect raumstörenden Erkrankungen des Kleinhirns beim Menschen, ist weder die Physiologie noch die Semiotik dieses Abschnittes des Centralnervensystems klargestellt worden; besonders ist die in den letztvergangenen Jahren wieder eingehender untersuchte und discutirte cerebellare Ataxie neuerdings von einigen Seiten be-



stritten oder bezweifelt worden. Selbstverständlich kann die syphilidologische Casuistik die schon seit langer Zeit aufgeworfenen Streitfragen auch nicht entscheiden; aber dazu beitragen kann sie möglicherweise doch — und wenn auch dieses nicht, so ist es dennoch ein unabweisliches Erforderniss, den durch die ziemlich zahlreichen Erfahrungen und Untersuchungen gewonnenen Stoff in der Syphilidologie, wenn schon nicht vollständig, so doch in einem grösseren Theile als bisher geboten wurde, zu überblicken. Die Vollständigkeit ist, wenn auch immerdar und aufs eifrigste anzustreben, bei dem gegenwärtigen Stande der massenhaften Arbeitsbetheiligung und Literatur wohl kaum mehr zu erreichen; man müsste denn der Bewältigung eines ganz kurzen Themas die halbe, oder einen noch grösseren Theil seiner Lebenszeit opfern.

Es ist auch die vorliegende Skizze bloss einem Bruchtheil der vasten Bücherei entnommen und kann die Veröffentlichung dieser Zeilen nur dadurch gerechtfertigt werden, dass nicht bloss die Lehrbücher der Venerologie, sondern auch die Monographien über die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems den Gegenstand wirklich gar zu stiefmütterlich behandeln.

Zur leichteren Uebersichtlichkeit soll der mir bekannt gewordene Stoff in einigen Abtheilungen untergebracht sein.

I. Complicirte Kleinhirnsyphilis.

Die Fälle von Syphilis des Kleinhirns complicirt mit verschiedenen anderen syphilitischen oder nichtsyphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems, besonders der Gehirnbasis, mögen sowohl in der älteren, namentlich aber in der neueren Literatur nicht gar so selten vorkommen; denn mir sind, trotzdem ich mehr nach den solitären Affectionen des Cerebellum gefahndet habe, dennoch fünfundzwanzig complicirte Fälle bekannt geworden.

Aus der Zeit des Beginnes von eingehenderen, streng wissenschaftlichen pathologisch-anatomischen Untersuchungen stammen die Fälle von Morgagni (7), Bourdet (8), Gama (9), Duhamel und Legrand (10); mehr und aber mitunter auch weniger werthvollere Beiträge finden sich dann bei Valdemar



Steenberg (11), Gastellier (12), Fleury de Clermont (13) und Ward (14), während die Fälle von Ernest Leberecht Wagner (15), E. R. Taylor (16), Perroud (17), Williams (18), E. Bull (19), Karl Lechner (20), Franz Chvostek (21), Montagu Handfield-Jones (22), Rudolf Jürgens (23), E. Siemerling (24), Friedel Pick (25), A. Boettiger (26) und E. A. Homén (27) der neueren und neuesten Zeit angehören.

So lehrreich und wichtig die meisten dieser Fälle für die Kenntniss der Syphilis des Centralnervensystems auch sind, so können dieselben für das klinische Studium der Kleinhirnsyphilis wohl nur insofern verwerthet werden, um auch hierin den Nachweis liefern zu können: wie die mannigfaltigen Erscheinungen seitens der übrigen einzelnen Krankheitsherde im Nervensystem theils neben den Erscheinungen der Kleinhirnsyphilis bestehen, diese aber meistentheils durch besonders hervorstechende Symptome eines oder mehrerer Abschnitte des übrigen Nervensystems mehr oder weniger verwischt, oder auch ganz verdeckt werden können. So ist unter allen den angeführten Fällen nur in dem einen Falle von E. Siemerling das für die Erkrankung des Kleinhirns als charakteristisch geltende Symptom: „unsicherer atactischer Gang mit Schwindelgefühl" deutlich hervorgehoben, während Boettiger „unsicherer Gang anscheinend nur in Folge von Amaurose" und Homén „nur geringe Steifheit beim Gehen" erwähnen.

Die anatomischen Veränderungen im Kleinhirn, welche sich neben den verschiedenartigsten Complicationen von Seite des Centralnervensystems vorfanden, betrafen dieselben mannigfachen Formen, unter denen die Syphilisproducte auch an anderen Körpertheilen zur Beobachtung gelangen: Erweichungen, Blutungen, Abscesse, Gummata und gummöse Infiltrate von verschiedener Gestalt, verschiedenem Umfang und Sitz und bewahrheiten auch hier die Proteusnatur der Syphilis, die ihr Aussehen in keinem einzigen Falle in allen ihren Einzelheiten zu wiederholen scheint. Die Raumbeschränkungen des Kleinhirns durch syphilitische Neubildungen und Irritationen der benachbarten Theile, besonders der Gehirnbasis, dürften noch häufiger vorkommen; dieselben sind hier jedoch gänzlich ausgeschlossen worden.



II. Solitäre Kleinhirnsyphilis.

a) Geheilte und gebesserte Fälle.

Diese Fälle, welche in den neueren Lehrbüchern über Syphilis und den Monographien über die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems nicht berücksichtigt wurden, sind allerdings nicht wissenschaftlich sichergestellt; dennoch sind dieselben gerade für den Praktiker und wohl auch für jeden, der über unseren Gegenstand eine etwas gründlichere Belehrung sucht, von hervorragendem Interesse.

Wenn auch bereits bei den älteren und ältesten Syphilographen Andeutungen über Schwindel und Taumeln zu finden sind und Jean Astruc (28) die Vertigo sogar schon in einem besonderen Abschnitt bei der Beschreibung der syphilitischen Gehirnkrankheiten vorführt, so konnte doch kaum vor den sorgfältigen Untersuchungen über die Physiologie des Kleinhirns durch M. J. P. Flourens (29) und François Magendie (30) von einer Diagnose der Erkrankungen dieses Organs die Rede sein.

Unter meinen Notizen finde ich zuerst J. Greppo (31), der aus der vorher und auch nachher wohlconstatirten Syphilis und der cerebellaren Ataxie die bestimmte Diagnose auf syphilitische Erkrankung des Kleinhirns gestellt hat. Diesem Schriftsteller folgten bald Philipp Neumann (32), Duplay (33), Leven (34) und später M. Michel (35), Georg Lewin (36) und Nammack (37). Der Fall von Lewin zählt eigentlich nicht zu den geheilten oder gebesserten, sondern wurde nur in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft vorgestellt. Ausser diesen Aerzten haben noch viele andere die cerebellare Ataxie als cerebellares Schwanken, taumelnden, unsicheren Gang, Gehstörungen, Coordinationsstörungen, Taumeln, Torkeln, l'ivresse des mouvements, titubation dans la marche, mouvements irréguliers, non coordinnés, marche incertaine, indécise, saccadée, vacillante, ébrieuse, en zigzags u. s. w. mehr oder weniger deutlich an Syphilitischen beschrieben, jedoch eine bestimmte topische Diagnose nicht gestellt. Von diesen Autoren ist besonders Ch. Schützenberger (38), H. F. A. Gjör (39), Hillairet (40), Gust. Lagneau (41), E. Lancereaux (42),

Zambaco (43), Oedmansson (44), F. Chvostek (45) und Jonathan Hutchinson (46) zu nennen.

Neben den Erscheinungen der Kleinhirnataxie, werden ausser Schwindel, am öftesten Cephalgien, besonders im Hinterhaupt, und einigemal normale Beweglichkeit der unteren Extremitäten in der Rückenlage des Kranken erwähnt. Die vielfältigen Störungen des Gesichtssinnes, Gehörs, der Sensibilität und Motalität, Erbrechen kamen seltener vor; schwere Trübungen des Bewusstseins nur in dem Falle von Schützenberger.

Die Zeit des Auftretens der Erscheinungen von syphilitischen Kleinhirnläsionen führte die Eintheilung der Syphilis in secundäre und tertiäre Formen ebenfalls ad absurdum. In dem Falle Greppo's stellte sich der Schmerz im Hinterhaupt und das cerebellare Schwanken drei Monate nach der Infection unter den ersten wahrnehmbaren Erscheinungen der constitutionellen Syphilis ein; in den übrigen Fällen schwankte dieser Zeitraum zwischen mehreren Monaten und etlichen Jahren. In einem Falle Chvostek's folgten den im Jahre 1868 aufgetretenen cerebellaren Erscheinungen, die bald gebessert waren, und 1869, 1880 und 1881 leicht recidivirten, seit 1879 auch die Symptome der Tabes dorsalis.

Die Heilungen und Besserungen wurden stets durch äusserlichen und innerlichen Gebrauch von Quecksilber- oder Jodpräparaten erzielt.

Es bietet demnach auch das Studium dieser Fälle nicht nur eine sehr werthvolle Belehrung über den Formenreichthum der Krankheitserscheinungen, sondern auch über unser therapeutisches Können.

b) Letale Fälle.

Wenn es auch vielleicht über die Grenzen einer literarischen Skizze hinausgehen mag, so sollen hier dennoch die letalen Fälle auszugsweise vorgeführt werden.

H. F. A. Gjör's (47) Fall ist noch am allerhäufigsten citirt, aber nur von Léon Gros und Lancereaux näher gewürdigt worden.

A. M. 21 Jahre alt, ledig, aufgenommen am 26./X. 1853. Vor 4 Monaten flüchtige Schmerzen im ganzen Körper, besonders in den Ex-



tremitäten; zuweilen Schmerzen in der Stirn mit Hitze im Kopf, Schwindel, Ohrensausen, Schwarzwerden vor den Augen, Neigung zu Ohnmachten, Appetitlosigkeit, Schwere und Drücken im Magen; kein Fieber. Menstruation vor 2 Monaten. Papulöses Exanthem über den grössten Theil des Körpers, Schleimtuberkel an den Genitalien, Initialaffect unbekannt. Quecksilber: Speichelfluss, Geschwüre am Zahnfleisch und im Munde, suppurative Entzündung der l. Parotis. Am 22./IV. 1854. Wieder Kopfschmerzen im Scheitel, Schmerzen längs des Rückens bis in die Oberschenkel, grosse Mattigkeit, Fieber. Brechmittel, dann Jodkalium. Am 6./V. Fast völlige Gefühls- und Bewegungslosigkeit beider linken Extremitäten, Kopfschmerz, Gesicht nach links verzogen, Sprache deutlich, Puls 96 schwach. Am 16./V. Abnahme der Paralyse, Kopfschmerzen unverändert. Am 24./V. Papulöses Exanthem an mehreren Körperstellen, Sprache durch die Nase, Nasenschleim blutig, das r. obere Augenlid bedeckt den Bulbus nicht mehr halb. Am 6./VI. Linkes oberes Lid ebenfalls paralytisch; von da an immer Verschlechterung. Am 1./VIII. unwillkürliche Ausleerungen, Tod. — Section: Hirnhäute mit Blut überfüllt. Pia-mater verdickt, gelatinöses Blut enthaltend, Hirnsubstanz blutreich, von normaler Consistenz. In der linken Hemisphäre des Kleinhirns eine Erweichung von breiartiger Consistenz und Wallnussgrösse. In der Brusthöhle etwas pleuritisches Exsudat; übrigens Alles normal.

Waldemar Steenberg (48) bringt ausser einigen mehr complicirten Fällen von Kleinhirnsyphilis auch den folgenden:

X. 47 Jahre alt, Taglöhner. Vor 3—4 Monaten Schanker. Behandlung unbekannt. Syphilid auf Stirn, Schenkeln und Brust; Angina syphilitica. Lähmung des linken Armes. Pulv. alterans, Hirudines; nachher Kal. jodat.; aber nach vier Wochen Lähmung des rechten Armes, Schwerbeweglichkeit der Zunge, sehr heftige Kopfschmerzen. Nach einem Monat sprang die Lähmung des rechten Armes wieder auf den linken zurück, dagegen rechte Pupille erweitert. Intelligenz nicht gestört; linkes Bein ebenfalls gelähmt. Patient wird bettlägerig; allmälig Decubitus, Tod. Dauer der cerebralen Symptome etwa 2 Monate. Behandlung mit Jodkalium mangelhaft. Autopsie: Nichts als eine erweichte Partie im kleinen Gehirn, auch das grosse etwas weicher als gewöhnlich. Dura namentlich nach hinten blutreich.

E. L. Wagner's (49) Fall, den er als „Syphilome des Kleinhirns“ bezeichnet, fehlt leider die klinische Krankengeschichte:

„20½jähriger Mensch. Schädeldach? Starker chronischer Hydrocephalus mit bedeutender Abplattung der Gehirnoberfläche. In beiden Hemisphären des Kleinhirns je ein ca. hühnereigrosser, zackiger, graugelber Knoten, welcher rechts fest mit der Dura mater zusammenhing, links bis nahe zur Peripherie reichte. Auf dem Durchschnitt war die Peripherie dieser Knoten in der Dicke von 1—2 Linien grau, homogen, durchscheinend; der übrige Theil enthielt gleiche hirsekorn- bis erbsen-



grosse, isolirte oder netzförmig zusammenhängende Stellen in einer gelben, trockenen, zum Theil bröckligen Substanz.

Die Stellung dieses Falles zur constitutionellen Syphilis ist nur durch das Resultat der mikroskopischen Untersuchung der in Spiritus aufbewahrten Gehirngeschwülste gerechtfertigt. Dieselbe stimmte in jeder Beziehung mit der Textur des Syphiloms überein." Ausserdem wurde constatirt: „In der linken Lunge faustgrosse, abgeschlossene Höhle mit serös-eitrigem Inhalt; chronische Tuberculose und starke Pigmentirung der Bronchialdrüsen. Totale chronische Peritonitis und Verwachsung aller Bauchorgane und zahlreiche, gelbe, halberbsengrosse Tuberkelgranulationen."

G. B. A. Duchenne (de Boulogne) (50) hat es besonders auch versucht, in die Diagnose der cerebellaren Ataxie Klarheit zu bringen, wozu er auch einen Fall von Kleinhirnsyphilis benützte, der auch am besten bekannt ist:

Ch. R. 28jähriger Mechaniker, vor fünf Jahren inficirt, mit darauf folgenden secundären Erscheinungen. Ende 1862 Erbrechen und geringer Strabismus. Am 8. Mai 1863 die Sensibilität an der ganzen Körperoberfläche etwas abgestumpft, der Gang träge, schwankend, unsicher wie der eines Betrunkenen. Die Sinne sind fast alle ein wenig abgestumpft; das Sehen trübe, wie durch einen Nebel. Vollständige Impotenz seit sechs Monaten; der Harnstrahl kräftig, nur vorübergehend gestört, Zucker und Eiweiss nicht im Urin. Nach einigen Tagen acutes Delirium, Tod nach zwei Monaten. Diagnosis: tumeur probable syphilitique siégeant dans le cervelet, avec extension vers le cerveau. — Autopsie, faite trente heures après la mort, ne révéla aucune lésion de la moelle, ni des organes contenus dans les cavités thoraciques et abdominales. Il y avait une injection marquée de la pie-mère au niveau de la face convexe du cerveau; lorsqu'on voulut détacher les membranes en arrière on enleva avec la dure-mère une portion de la substance du cervelet correspondant à l'hémisphère droit, dans une étendue qui avait environ 2 centimètres de circonférence; il y avait adhérence intime entre la membrane et la surface nerveuse. Pas d'adhérence ailleurs. Rien autre chose de remarquable, si ce n'est une injection assez marquée de tout l'encéphale, plus marquée peut-être dans le cervelet."

W. H. Broadbent (51) erzählt einen Fall, dem leider die Autopsie fehlt, aber dennoch hierher gehören mag:

„Ein 26jähriger Schuhmacher hatte vor 7 Jahren an Syphilis gelitten. Seit 6 Monaten hat er Stirn-Kopfschmerzen und Doppeltsehen. Seit einem Anfall, über den er keine Auskunft geben kann, bemerkte er Hemiopie, indem die innere Seite der rechten Retina und die äussere der linken blind waren. Schwindel. Mydriasis rechts. Nach Jahresfrist





war das Gesicht wieder hergestellt und der Kopfschmerz seltener. Die Hemiopie liess auf eine Erkrankung des linken Tractus opticus schliessen und Broadbent dachte an einen syphilitischen Tumor im Kleinhirn. Nach 2 Jahren kam Patient wieder in Beobachtung mit sonderbaren Empfindungen im Kopf, Straucheln, als ob er betrunken wäre, Schwäche in der rechten Körperhälfte und grosser psychischer Depression; 4 Jahre nach Beginn der Krankheit starb er plötzlich. Broadbent nimmt wegen der Hemiparese einen Tumor oder eine syphilitische Affection der Gehirnhäute an der Aussenseite des linken Crus cerebri an."

Hughlings Jackson's (52) Fall berichtet H. Nothnagel folgend:

„Ein 34jähriger Mann wurde im November 1871 plötzlich von Schmerzen im linken Ohr befallen und fühlte sich so benommen (stupid), dass er nicht allein aufrecht stehen konnte (that he could not stand up by himself). Dann Schmerzen im Hinterkopf, Erbrechen und Abnahme des Gesichts. Die spätere Untersuchung ergab doppelseitige Neuritis optica. Aus anderen Symptomen wurde die Diagnose auf intercranielle Syphilis gestellt. Es traten dann Besserungen und wieder Verschlimmerungen im Zustande ein; im October 1872 vorübergehendes Irrereden. Nur 14 Tage vor dem Tode (im Januar 1873) Gehstörungen. „Er ging schlecht. Es bestand leichtes Taumeln; es war ausserordentlich leicht (exceedingly slight). Er ging mit seinen Beinen etwas sonderbar und schwankte ab und zu etwas." Section: Hydrops ventriculorum. An der hinteren Oberfläche der linken Kleinhirnhemisphäre war diese und ihre Pia mit der Dura durch eine oder zwei kleine, erbsengrosse Massen verlöthet. „Die Haupterkrankung war eine Geschwulst (offenbar syphilitisch) von ungefähr Haselnussgrösse am hinteren und unteren Theil des Mittellappens des Kleinhirns."

Karl Kétli (53) erzählt:

Ein 35jähriger Commis voyageur, athletisch gebaut, liess sich wegen heftiger Kopfschmerzen, die vor 6 Monaten leicht angefangen hatten und immer schwerer geworden waren, aufnehmen. Bei genauer Prüfung ergab sich, dass der Kopfschmerz continuirlich vorhanden ist, seinen Hauptsitz im Occiput hat, zeitweilig, besonders in der Nacht, heftig wird, so dass der Kranke gezwungen ist, das Bett zu verlassen und auf und ab zu gehen; dabei bekommt er manchmal Schwindel, so dass er genöthigt ist, für 1—2 Minuten stehen zu bleiben und sich an einen Gegenstand zu klammern. Der Gang des Kranken ist übrigens sicher und zeigt auch keine Spur von atactischen Erscheinungen; Sensibilität und Motalität normal; die Muskelkraft ungeschwächt; Intelligenz nicht alterirt; Appetit, Se- und Excretionen normal. Vor 8 Jahren hatte der Kranke ein Geschwür an der Eichel, wogegen innerlich Mercur (wie viel?) gereicht wurde. Bei genauer Untersuchung wird nirgend auch nur die Spur einer syphilitischen Affection gefunden. Augenspiegelbefund negativ. Durch 10 Tage je 2 Gramm Jodkali. Keine Besserung. Inunctionen



durch 4 Tage. Als der Kranke Mittags im Corridor rauchend promenirte, stürzte er mit einem Schrei nach Hilfe plötzlich zusammen; eine sofort gemachte Venaesection und sonstige Wiederbelebungsversuche blieben erfolglos. Die Section ergab im linken Lobus seminularis des Kleinhirns ein nussgrosses Syphilom, das die S-förmige Grube comprimirte, demzufolge sich chronischer Hydrocephalus ausgebildet hat. Das Gumma zeigte bereits vorgeschrittene fettige Degeneration. Der Artikel schliesst: „Auffallend ist, dass trotz dem Vorhandensein einer so grossen Geschwulst im Kleinhirn atactische Erscheinungen und Erbrechen fehlten und im Sehnerven keine Veränderungen nachweisbar waren."

M. Lunz' (54) Fall ist in Kürze folgender:

A. S. 32 Jahre alt, war vor 5 Jahren syphilitisch inficirt und hat eine Inunctionscur durchgemacht, seit 8 Jahren ist er Potator. Seit 3 Monaten klagt er über Kopfschmerzen, besonders in der Stirngegend; zuweilen aber auch im Hinterhaupt; die Schmerzen waren bei Tag stärker; der Schlaf ungestört. Gedächtniss und Denkvermögen nicht angegriffen. Dann kamen Beschwerden beim Gehen, unsicherer, taumelnder Gang; die Beine knickten oft zusammen; öfters Schwindel, konnte aber dem Tischlergewerbe bis zum Eintritt ins Spital nachgehen. Status: Von den negativen Befunden von Seite des Nervensystems sei hier nur erwähnt, dass auch die psychische Thätigkeit, der Schlaf und die Gehirnnerven normal waren. Kopfschmerzen zumeist bei Tage. Das Stehen des Kranken ist breitspurig; beim Zusammenrücken der Beine entsteht starkes Schwanken, das sich beim Schliessen der Augen verstärkt, so dass der Kranke umzufallen droht. Der Gang ist breitbeinig, taumelnd, wie im trunkenen Zustande, im Zickzack, mit Neigung zum Umfallen, immer nach rechts. Bei geschlossenen Augen ist der Gang verschlimmert. Patellarreflexe normal. Zeitweises Erbrechen ohne eine auffällige Ursache. Nacken- und Halsdrüsen vergrössert. Jodkalium und Inunctionscur. Nach 10 Tagen auf vorhergegangene Besserung plötzlich sehr heftige Kopfschmerzen, Erbrechen; bald darauf Sopor und Exitus letalis. — Section: Im Arachnoidalraum und in den Ventrikeln Ansammlungen von seröser Flüssigkeit; die Gehirnsubstanz blutarm und ödematös. An der Basis cranii nichts Abnormes, auch an den Blutgefässen nicht. An der unteren Fläche des Kleinhirns zwei Geschwülste von graugelblicher Farbe, beide in der rechten Hemisphäre gelagert; eine Geschwulst ist von der Grösse einer Wallnuss und liegt im Lobulus cuneiformis ganz am vorderen Rand desselben und grenzt an der einen Seite an die Tonsille, an der zweiten an den Sulcus magnus horizontalis. Die zweite Geschwulst von der Grösse einer Haselnuss und liegt im Lobulus semicircularis posterior inferior dicht an dem Wurm. Beide Geschwülste stellten sich sowohl makroskopisch als auch mikroskopisch als Gummata heraus. Brust- und Bauchorgane zeigten nichts Abnormes, ausgenommen etwa zwei grosse, eingezogene, strahlige Narben im rechten Leberlappen.



Charles E. Bruce's (55) Fall betrifft einen plötzlich mit Hemiplegie und Coma gestorbenen 28jährigen Mann.

Es fand sich auf der linken, inneren Seite des Kleinhirns nahe der Brücke ein Gumma von 1¾ Zoll im Durchmesser. Ausser einem Anfalle von Convulsionen vor dem Tode waren ausgesprochene Erscheinungen von Hirndruck nicht beobachtet worden. Die Anamnese ergab nur, dass der Patient seit einiger Zeit schwankenden Gang und nicht näher bestimmte Sehstörungen gezeigt habe.

Jolly (56) berichtet:

„Ein sehr bemerkenswerther Fall dieser Art (Amentia) ist vor einigen Jahren in meiner Klinik zur Beobachtung gekommen, betreffend einen Mann, der zur gerichtlichen Exploration eingeliefert worden war. Bei demselben war zunächst lediglich ein querulatorischer Zustand mit den Zeichen allgemeiner Neurasthenie, gesteigerter Erregbarkeit und Erschöpfbarkeit in die Erscheinung getreten. Nachdem dies einige Wochen gedauert hatte, entwickelte sich in sehr acuter Weise ein Verwirrtheitszustand mit Hallucinationen, ein ausgesprochenes acutes Delirium, das unter Erschöpfungserscheinungen zum Tode führte, ohne dass die geringsten motorischen und reflectorischen Störungen im Laufe der Krankheit beobachtet worden wären. Der Mann war syphilitisch gewesen, es hatte sich aber keine Manifestation der Syphilis bei ihm gezeigt. Bei der Section aber fand sich ein kleines Gumma in einer Hemisphäre des kleinen Gehirns, eine Affection also, die, ohne directe Ausfallserscheinungen und Reizerscheinungen hervorzurufen, doch zweifellos irritativ auf das grosse Gehirn gewirkt und so diesen schweren Krankheitszustand hervorgerufen hatte."

Ausser den bereits vorgeführten Autoren finden sich in meiner Bibliographie noch H. B. Lathrop (57) und S. Kossobudzki (58), welche unseren Gegenstand in gesonderten Artikeln, die ich mir nicht verschaffen konnte, behandeln; auch H. Oppenheim (59) nennt noch Bernheim und Gayet, die im Kleinhirn Gummata gefunden haben, erbringt jedoch im Literaturverzeichniss über dieselben keine Nachweise und zählt, wie die anderen Autoren auch, die wenigen complicirten und solitären Fälle untereinander auf.

Weitere Bemerkungen würden den Rahmen einer Skizze, die bloss künftigen gelehrten Forschern als literarischer Wegweiser dienen will, zu weit überschreiten; übrigens findet ja auch der Praktiker hierin schon vielfach mehr, als selbst die ausführlichsten von den mir bekannten Abhandlungen über den vorliegenden Gegenstand bieten.



Literatur.

1. Lagneau G. fils. Maladies syphilitiques du système nerveux. Paris, 1860. 8°. p. 531.

2. Gros L. et Lancereaux. Des affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1861. 8°. pp. XI. 486.

3. Zambaco A. Des affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1862. 8°. pp. XIX. 596.

4. Oppenheim H. Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns, Wien, 1896. 8°. p. 196. In H. Nothnagel: Specielle Pathologie und Therapie. Bd. IX. I. Theil. III. Abth.

5. Rumpf Th. Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Wiesbaden, 1887. 8°. pp. XIV. 620 u. 2 Taf.

6. Nothnagel H. Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten. Berlin, 1879. 8°. p. 78 u. fgde.

7. Morgagni J. B. De sedibus et causis morborum. Patavii. 1765. fol., Epist. I. Art. 14.

8. Bourdet M. in: Ch. F. Tacheron. Recherches anatomico-pathologiques sur la médecine pratique. Paris, 1823. 8°. III. p. 384. — Abdruck bei Lagneau l. c. p. 396.

9. Gama M. Traité pratique des plaies de tête et de l'encéphalite. Paris, 1830. 8°. p. 408; Abdruck bei Lagneau. p. 398—400.

10. Duhamel et Legrand. Recherches sur les désordres que le vice syphilitique peut causer sur le cerveau et des dependances. — In: Journ. des connaiss. méd.-chir. Paris, 1835—36. III. p. 448 u. folgd. — Abdruck in Lagneau. p. 408—410.

11. Steenberg V. Den syphilitiske hjernelidelse. Afhandling for den med. Doktorgrad. Kjobenhavn, 1860. 8°. p. 269. — Auszüge in: Otto Braus. Die Hirnsyphilis. Berlin, 1873. 8°. p. 164.

12. Gastellier. Carie de l'os occipital etc. — In: Journ. de Corvisart T. XXXIII. p. 17; Ref. in Gros et Lancereaux l. c. p. 385.

13. Fleury de Clermont. Destruction de l'occipital etc. — In: Moniteur des hôpitaux. Paris, 1856. p. 1026; Ref. in Gros et Lancereaux. p. 386.

14. Ward. Tumeur du cervelet. — In: Nouv. Bibl. méd. Paris, T. VI. p. 368; Ref. in Gros et Lancereaux. p. 272.

15. Wagner E. Syphilome des Kleinhirns und Rückenmarks. — In: Archiv der Heilkunde. 1863. IV. p. 169.

16. Taylor E. R. Case of tertiary syphilis with destructive involvement of portions of sphenoid and ethmoid bones; neuralgia; amaurosis. Cerebral and cerebellar lesions. — In: Pacific med. and surg. Journ. San Francisco, 1867. IX. p. 71—75.

17. Perroud M. in Lyon médical, 1869; Ref. in A. Fournier. La syphilis du cerveau. Paris, 1879. 8°. p. 497.

18. Williams. (Fall von syphilitischem Irresein.) — In: Journ. of mental sciences, 1869. N. S., XV. p. 119. Ref. in Schmidt's Jahrbücher 1870. CXLVII. p. 215.

19. Bull E. (Fälle von Gehirnkrankheiten.) — In: Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Christiania, 1876. 3. R. IV. p. 432; Ref. in Schmidt's Jahrb. 1876. CLXXI. p. 240.

20. Lechner K. Pathogenese der Gehirnblutungen der luetischen Frühformen. Wien, 1881. 8°. p. 77. — Aus: Jahrb. f. Psychiatrie II.

21. Chvostek F. Beobachtungen über Hirnsyphilis. — In: Arch. f. Dermat u. Syph. Wien, 1882—83. XIV.—XV.

22. Hanfield-Jones M. Abscess in cerebellum; syphilitic symptoms; sudden blindness; great occipital pain; great benefit from calomel; death; autopsy. — In: Brain, London, 1884—85. VII. pp. 398—405.

23. Jürgens R. Ueber Syphilis des Rückenmarks und seiner Häute. — In: Charité-Annalen. Berlin, 1885. X. p. 729—749.

24. Siemerling E. Zur Lehre von der congenitalen Hirn- und Rückenmarkssyphilis. — In: Arch. f. Psychiatrie. Berlin, 1889. XX. p. 102—130 u. 2 Taf.

25. Pick Friedel. Zur Kenntniss der cerebrospinalen Syphilis. — In: Zeitsch. f. Heilkunde. Berlin, 1892. XIII. p. 378—443 u. 3 Taf.

26. Boettiger A. Beitrag zur Lehre von den luetischen Rückenmarkskrankheiten. — In: Arch. f. Psychiatrie. Berlin, 1894. XXVI. p. 649—705 u. 1 Taf.

27. Homén E. A. Zur Kenntniss der grossen meningealen und Gehirngummata. — In: Arch. f. Dermat. und Syph. Wien u. Leipzig, 1898. XLVI. p. 55—78 u. 2 Taf.

28. Astruc J. De morbis venereis libri IX. Paris, 1740. I. p. 424.

29. Flourens M. J. P. Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertébrés. Paris, 1842. 8°. 2. Ausg.

30. Magendie F. Leçons sur les fonctions et les maladies du système nerveux, redigées par C. James. Paris. 1839. 8°. III.

31. Greppo J. (Seltene Folgen der Syphilis im kleinen Gehirn; Jodkali; Heilung.) — In: Gaz. méd. de Lyon, 1849. Ref. in Schmidt's Jahrb. 1850. LXVI. p. 54 u. Léon Gros et Lancereaux. p. 273.

32. Neumann Ph. Reitbahngang nach rechts in Folge constitutioneller Syphilis. Vollständige Heilung. — In: Wiener Med.-Halle. 1863. IV. pp. 21, 33.

33. Duplay. (Syphilitische Geschwulst des Kleinhirns, Genesung.) — In: Gaz. des hôpitaux. Paris, 1864. Nr. 27.

34. Leven. Tumeur cérébelleuse de nature syphilitique guérie. — In: Gaz. méd. de Paris, 1864. 3. Sér. XIX. p. 128.

35. Michel M. Affection du cervelet d'origine syphilitique. — In: Arch. méd. belges, Bruxelles (1875?). Février. p. 97; Ref. in Canstatt's Jahresber. 1875. II. p. 546.

36. Lewin G. Fall von multipler Sclerose des Kleinhirns, speciell der Vermis in Folge von sicher constatirter Syphilis. Vorgestellt in der Berliner Dermatologischen Vereinigung am 1. December 1891. — In: Berliner klin. Wochensch., 1892. XXIX. p. 885 u. a. a. O.

37. Nammack. Two cases of cerebral syphiloma. The New-York Neurological Society. — Ref. in New-York med. Journ. 1894. LXI. N. 7; Arch. f. Dermat. u. Syph., XXXII. p. 447. Vgl. auch: „Cerebellar syphiloma.“ in: Med. Record. New-York, 1893. XLIV. p. 585.

38. Schützenberger Ch. (Die Syphilis als heftiges Gehirnleiden.) — In; Gaz. méd. de Strasbourg, 1850; Ref. in Schmidt's Jahrb. 1850. LXVII. p. 59.

39. Gjör H. F. A. (Beitrag zur Kenntniss der Nervenkrankheiten, die in Folge von Syphilis entstehen können.) — In: Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Christiania, 1857. XI. pp. 774, 814; Ref. in Schmidt's Jahrb. 1859. CI. p. 299—307.



40. Hillairet in: Union méd. Paris, 1860, du 7 août; Ref. in Gros et Lancereaux. p. 273.
41. Lagneau G. s. l. c. p. 523.
42. Lancereaux E. s. l. c. p. 270.
43. Zambaco A. s. l. c. p. 98.
44. Oemandsson E. Studier öfver Syfilis. Stockholm, 1869. 8°. p. 40.
45. Chvostek F. s. l. c. XIV. p. 244—247.
46. Hutchinson J. Syphilis. Deutsche Ausgabe von A. Kollmann. Leipzig, 1888. 8°. p. 225.
47. Gjör H. F. A. s. l. c. Schmidt's Jahrb. 1859. CI. p. 299.
48. Steenberg V. s. l. c. bei Braus. p. 155.
49. Wagner E. Syphilome des Kleinhirns. — In: Arch. der Heilkunde. Leipzig, 1863. IV. p. 171.
50. Duchenne de Boulogne. Diagnostic differentiel des affections cérébelleuses et de l'ataxie locomotrice progressive. — In: Gaz. hebdom. de méd. et de chir. Paris, 1864, 2 Sér. I. pp. 484, 515.
51. Broadbent W. H. (Fälle von Erkrankung des Nervensystems.) — In: Med. Times and Gaz. London, 1872. July 20; Ref. in Schmidt's Jahrb. 1872. CLVI. p. 277.
52. Hughlings-Jackson. Ref. in H. Nothnagel s. l. c. p. 52.
53. Kétli K. Syphilitische Geschwulst im Kleinhirn; plötzlicher Tod; Section. — In: Pester med.-chirurg. Presse. Budapest, 1876. XII. pag. 723.
54. Lunz M. Ein Fall von Gummata im Kleinhirn. — In: Deutsche med. Wochensch. Leipzig und Berlin, 1888. XIV. p. 378.
55. Bruce Ch. E. A gummy tumor of the cerebellum. — In: Med. Record. New-York, 1893. XLIII. p. 56; Ref. in: Arch. f. Dermat. u. Syph. 1896. XXXVI. p. 451.
56. Jolly. Syphilis und Geisteskrankheiten. — In: Med.-chir. Central-Blatt. Wien, 1901. XXXVI. p. 45—48.
57. Lathrop H. B. Gumma of the cerebellum due to syphilitic poison. — In: Southern California Practitioner. Los Angeles, 1888. III. p. 335—341.
58. Kossobudzki S. (Ein Beitrag zur Kenntniss der Syphilis des Cerebellum.) — In: Medycyna. Warszawa, 1896. XXIV. pp. 1192, 1221.
59. Oppenheim. s. l. c. p. 16.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Jänner 1901.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer: Kreibich.

Kaposi zeigt ein 17 Monate altes Kind mit einer ganz eigenartig ausgebildeten, diffus infiltrirenden Form von Lues. Die Eltern waren angeblich immer gesund, von 11 Kindern waren 5 Todtgeburten, 5 andere starben in den ersten Lebenswochen, das jetzige 11. war bei der Geburt anscheinend gesund und bekam seinen Ausschlag erst nach drei Monaten.

Das Kind ist für sein Alter gut entwickelt und kräftig. Das Athmen ist in Folge einer starken Rhinitis schnaufend, die Stimme heiser, der Lippenrand ist vielfach eingerissen und mit Krusten bedeckt; an den Mundwinkeln ist beiderseits eine scharf begrenzte, graugelb belegte, in der Mitte tief eingerissene Papel zu sehen. Die untere Hälfte des Kinnes ist von einem lebhaft rothbraunen, flachen, mehr diffusen, am Rande scharf contourirten Herde eingenommen, dessen Oberfläche durch seichte Einrisse gefeldert erscheint und entsprechend den Feldern dünne, leicht ablösbare Schuppen trägt.

Aehnlich verändert zeigt sich die Haut an den Streckseiten der Vorderarme, an denen ein ähnlich geformtes Infiltrat in breiten Streifen herabzieht, ohne auch nur am Rande sich in einzelne, irgendwie gestaltete Efflorescenzen aufzulösen. Das schuppende Infiltrat setzt sich auch auf den Handrücken und einzelne Finger fort; zwischen diesen Fortsätzen erscheint die Haut ganz blass und normal. Die Beugeseiten der Handgelenke und beide Hohlhände sind ganz diffus, ohne Unterbrechung braunroth glänzend, derb, den Hautfurchen entsprechend gefeldert und hie und da von dünnen, weissglänzenden Schuppen bedeckt. Brust und Rücken sind frei.

An beiden Gefässbacken erst beginnt ein neuer, in der diffusen, scharf abgegrenzten Ausbreitung und den sonstigen Charakteren ganz den



früher beschriebenen Veränderungen gleicher Herd, der von hier aus ohne Unterbrechung hosenartig die ganze Glutäal- und Genitalgegend umgibt und sich am Oberschenkel in 2 breitere, an der Aussenseite der Unterschenkel in mehrere schmale Streifen auflöst. Weit mehr als die anderen zeigt er an der Oberfläche stärkere Reizerscheinungen und Abschuppung, sieht hier einer gereizten Psoriasis diffusa gleich. Ad anum und am Hodenansatze sind an der Grenze des diffusen, elevirten Infiltrates mehrere linsengrosse, derbe, nässende Papeln sichtbar. An den Fussrücken, noch mehr in den Fusssohlen gewinnt die Erkrankung wieder ihren gleichartigen Charakter eines diffusen, stark glänzenden, braunrothen, vielfach eingerissenen, schuppenden Infiltrates.

Mit Bezug auf die Intensität der Affection und die schöne Ausbildung der diffusen Infiltrationsform muss der Fall als gewiss selten bezeichnet werden.

Ebenso merkwürdig war eine ähnliche Form, die ich bei einem ambulanten Kinde beobachtete; dasselbe zeigte im Bereiche der Stirne und beider Wangen ein gleich diffuses, mehr matt gelblichbraunes Infiltrat, das sich am Rand scharf und derb, zum Theil bogenförmig begrenzte. Die Mutter dieses Kindes hatte gleichzeitig eine manifeste Luesrecidive mit zahlreichen exulcerirten Plaques in der Mundhöhle.

Prof. **Lang** demonstrirt eine 55 Jahre alte Frau, die in einer der vorigen Sitzungen mit gummösen, zum Theil exulcerirten Knoten der rechten Planta vorgestellt worden war, wegen der grossen Aehnlichkeit der Affection mit Lupus. In der That war die Patientin anderwärts als lupös behandelt worden und zwar mittels scharfen Löffels, Paquelin etc. Schon früher wies Prof. Lang auf gewisse Formen hin, welche eine Verwechslung von Syphilis mit Lupus erklären. Wie man sieht, hat die antiluetische Behandlung bei dieser Kranken (in Form von Injectionen mit grauem Oel und Application von grauem Pflaster) complete Heilung erzielen lassen.

Prof. Lang ist der Ansicht, dass die in der Literatur besonders in letzterer Zeit wiederholt auftauchenden günstigen Mittheilungen von Calomelinjectionen gegen Lupus sich auf Fälle beziehen, wie der heute vorgestellte, und dass es sich in diesen Fällen nicht um eine Frage der Therapie, sondern um eine Frage der Diagnose handle. Prof. Lang hat öfter solche Fälle gesehen und einige auch hier demonstrirt, die für Lupus gehalten worden waren und die bei sorgfältiger Analyse als Syphilis erkannt werden mussten und auf antiluetische Behandlung definitiv heilten.

Mraček glaubt, dass gerade Kaposi über dieses Capitel manches aus der Zeit Hebra's berichten könnte.

Kaposi verweist nun darauf, dass früher von manchen, seinerzeit auch von Hebra gewisse Formen des Lupus, wenn auch nicht stricte mit Syphilis u. zw. mit deren hereditären Erscheinungen in gewisse Beziehung gebracht wurden; vorwiegend waren dies serpiginöse, auf den unteren Extremitäten localisirte Formen von Lupus. Ich war schon damals gegen diese Ansicht von Hebra und Auspitz aufgetreten, da ich ja vielfach

beobachten konnte, wie dieser Lupus mit recenter Luesinfection nebeneinander verläuft. Und wenn jemand auch heute Lupus mit direct antiluetischer Behandlung zur vollständigen Heilung gebracht, ist es wahrscheinlich, dass es sich bezüglich der Diagnose um Lues handelt, besonders in Fällen von Lupus der Handteller und Fusssohlen. Andrerseits lehrt die Erfahrung auch, dass bei ausgedehnten Fällen von Lupus der localtherapeutische Einfluss von antiluetischen Medicamenten z. B. Empl. hydrargyri und vielleicht auch Calomel ein günstiger ist; allerdings nur insoweit, dass die Lupusinfiltrate darunter flacher werden, bedingt durch den Rückgang des Oedems; nie aber konnte ich bemerken, dass auch die Lupusknötchen sich rückbildeten.

Kaposi: Wie bei Prurigo, werden auch beim Pemphigus noch immer von vielen Anderen die einzelnen Formen als verschiedene Processe aufgefasst; auch die Discussion auf dem Congresse in Graz konnte darüber keine volle Einigung erzielen. Umsomehr will ich heute wieder darauf aufmerksam machen, dass wir eben diese mannigfaltigen Formen an einem und demselben Kranken zur gleichen Zeit oder in den aufeinanderfolgenden Exacerbationen und Intermissionen der Erkrankung sehen können, dass andererseits aber auch selbst die Vegetansform, die man als absolut letal angesprochen, wohl gefährlich, nicht aber immer zum Tode führend sein muss.

Ich verweise zunächst auf einen in einer früheren Sitzung vorgestellten, jetzt im Wasserbett liegenden Fall von ausgebreitetem Pemphigus vegetans der Mundhöhle und der Genitalgegend, bei dem die Wucherungen alle bis auf schmutziggraue Pigmentationen zurückgingen, der nunmehr in den letzten Tagen das deutliche Bild eines Pemph. cachecticus mit über wallnussgrossen, schlappen, in den abhängigen Theilen eitrig erfüllten Blasen bietet. Auch folgende Fälle mögen das Bild ergänzen:

1. Ein Pemphigus pruriginosus bei einem 52jährigen Manne. Vor 4 Monaten traten einzelne Blasen am Kopfe, 2 Wochen danach drei Blasen am Rücken, erst vor 2 Monaten zahlreiche sonst am Stamme auf. Mit dem allgemeinen Ausbruche vereinigte sich nunmehr ein Jucken, das dem Pat. die Tag- und Nachtruhe raubte und zu ausgebreiteten Excoriationen und Pigmentirungen am ganzen Körper führte. Während des Spitalaufenthaltes erfolgten mehrere Nachschübe theils praller, theils ganz schlaffer Bläschen, von denen die meisten rasch platzten und in weiterer Folge am Rande exfoliirend sich vergrösserten.

2. Einen 35jährigen Mann mit Pemphigus foliaceus universalis. Die Erkrankung begann vor ca. 1 Jahre mit Krustenbildungen an der behaarten Kopfhaut, denen anfangs rothe, juckende Flecken am Thorax, dann auch rasch eintrocknende Blasen folgten. Innerhalb von 4 Wochen war der ganze Körper ergriffen. Nunmehr ist nicht eine einzige Blase zu sehen, sondern die Haut erscheint an ihrer ganzen Oberfläche mit dünnen, blätternden Schuppen bedeckt, zwischen denen circinär und



bogenförmig aneinandergereiht exfoliirte, epidermislose Ringe als erste Eruption immer wieder von neuem auftreten.

3. Einen Pemphigus miliaris, der im Mai 1900 mit Bläschen im Munde anhub, auch jetzt vorwiegend die Schleimhaut des harten und weichen Gaumens und die Zunge occupirt, während die Betheiligung der Haut gering ist. Am Kinne und über dem rechten Nasenflügel erhebt sich je eine dichte Gruppe stecknadelkopfgrosser, praller, seröser Bläschen. Die Betheiligung der Mundschleimhaut ist immerhin in diesem anscheinend günstigerem Fall ein schweres Symptom.

Mraček will gleichfalls einen Fall erwähnen, der das von Kaposi mitgetheilte eben so beweist, wie er selbst von jeder particularistischen Auffassung hiedurch abgebracht wurde. Derselbe wurde vor 5 Jahren als pruriginöse Form vorgestellt, die durch ihre chagrinartige Haut nahezu an Akanthosis nigricans erinnerte. Hofrath Kaposi erklärte, dass die Pat. doch wieder Blasen bekommen würde. Nach einem halben Jahre bekam sie auch kachektische Blasen und kam darüber hinweg ins Stadium des Pemph. vegetans mit intensiver Betheiligung der Mund- und Rachenhöhle und des Genitales (vorgestellt in der Gesellschaft der Aerzte). Nach $1\frac{1}{2}$ Jahren war die Pat. bis auf die restirenden Pigmentationen geheilt, starb dann später an einer Herzaffection.

Wenn man auf diese Weise einen Fall längere Zeit oder viele Fälle nebeneinder beobachtet, muss man zur Erkenntniss kommen, dass es nur einen Pemphigus als solchen gibt.

Ehrmann hält die Heilung in schweren Fällen von Pemphigus für eine oft nur scheinbare; bei der vorhandenen Cachexie ist eben die Circulation nicht kräftig genug, um volle Blasen zu bilden. Die Arbeit Weidenfeld's hat ja gezeigt, dass die Bildung von Blasen wesentlich mit dem Zustande des Herzens zusammenhängt, bei dessen Darniederliegen nicht genug Serum in den Gefässen und auch keine genügende treibende Kraft vorhanden ist. Andererseits kommen gewiss Heilungen von Pemphigus vor, denen aber gewöhnlich früher oder später Recidiven folgen.

Kaposi: Besnier führte den Ausdruck Erythrodermie zur Bezeichnung eines Zustandes ein, bei dem die Haut in diffuser Weise roth erscheint und in diesem Sinne darf die Bezeichnung nicht mit der Diagnose einer bestimmten Krankheit identificirt, sondern nur symptomatisch aufgefasst werden. Daran knüpft sich sofort die Frage an, welches ist oder sind die Erkrankungen, welchen diese Symptome entsprechen. Sie sind wohl sehr mannigfaltig; es kann ein Erythema toxicum, ein Eczema universale, eine Psoriasis oder ein Pemphigus universalis, ein Lichen ruber accuminatus sein. Man nannte ähnliche Formen in früheren Zeiten auch Pityriasis rubra, ein Name, der aber wohl von dem durch Hebra abgegrenzten Begriffe der Pityriasis rubra zu scheiden ist.

In diesem Sinne reihe ich dem durch die diffuse Röthung, Exfoliation und Schuppung gekennzeichneten Falle des vorhin gezeigten Pemphigus foliaceus universalis folgende zwei Fälle an:



1. ein Eczema universale, das sich bei einem 66jährigen Manne während der Behandlung eines Unterschenkelgeschwüres innerhalb kurzer Zeit über den ganzen Körper ausbreitete. Die ganze Haut des Gesichtes, Stammes und der Extremitäten schmutzig geröthet, geschwellt, mit Schuppen und Krusten bedeckt oder auch stellenweise stark nässend, bedingt durch Erweiterung der Gefässe und ödematöse Infiltration; zum deutlichen Unterschiede vom Pemphigus fol. sind die Schuppen hier aber nur in kleineren Stückchen ablösbar.

2. eine Psoriasis universalis. Der Körper des 60jährigen Mannes vom Kopfe bis zu den Zehen hellbraunroth und von einem panzerartigen Mantel weissglänzender Schuppen bedeckt, die durch vielfache Einrisse gespalten, sich in kleineren und grösseren Lamellen abheben und leicht ablösen.

Solche Fälle ausgebreiteter Psoriasis entstehen oft unter unseren Augen durch dichte acute Nachschübe mit peripherem Wachsthum, oft auch als Ausbruch d'emblée ohne einzigen, vorherigen circumscripten Herd; immer aber handelt es sich um einen entzündlichen Zustand mit Exsudation und gesteigerter Hornbildung.

Neben diesen symptomatischen Erythrodermieformen gibt es aber gewiss auch eine solche, die als eigenartig verlaufendes Krankheitsbild auch von mir anerkannt wird. Vor einigen Jahren wurde von Brocq eine Reihe derartiger Fälle mit sehr schwerem Verlaufe mitgetheilt. Ich rechne dazu auch jene Erythrodermie, die den Untersucher lange im Zweifel lässt, was aus ihr eigentlich wird, später aber unter multiplen Drüsenschwellungen, choleraartigen Diarrhoen und raschem körperlichen Verfall zu leukämischen Veränderungen führt; auch eine der Lymphodermia perniciosa ähnliche Verlaufsweise wurde beobachtet.

Discussion: Prof. Lang bemerkt, dass unter Erythrodermie thatsächlich eine ganze Reihe schwerer Hautaffectionen unterlaufen, wie beispielsweise universelles Eczem, univ. Psoriasis, Pemphigus universeller Ausbreitung etc. etc., weil diese Krankheiten in gewissen Stadien manche Aehnlichkeiten aufweisen, welche die obgenannte Bezeichnung der Erythrodermie veranlassten; indessen wissen wir ja, dass bei fortgesetzter Beobachtung immer durch ein oder das andere unerkannte Symptom die Entscheidung gegeben wird, ob das Bild der Erythrodermie durch Pemphigus oder irgend eine andere universelle Hautkrankheit bekannter Art geboten wird.

Prof. Lang muss aber betonen, dass es ausser diesen schweren Dermatosen auch noch solche Affectionen der Haut gibt, welche unter dem Bilde von ausgebreiteter, diffuser Röthung, ohne erhebliche Infiltration, aber mit Desquamation in grossen, dünnen Lamellen einhergehen und die in dieser schweren, das Individuum schädigenden Form auch Jahre hindurch bestehen können, ohne während der langen Zeit je einen anderen, als den eben geschilderten Typus aufzuweisen.

Prof. Lang ist darum der Ansicht, dass diese zum Glück wohl seltener beobachtete Erkrankung als eine Hautaffection selbständiger Art



aufzufassen ist und bezeichnet dieselbe als Dermatitis exfoliativa. Prof. Lang hat in dieser Gesellschaft schon vor längerer Zeit die Gelegenheit wahrgenommen, auf diese Dermatitis exfoliativa als selbständige, schwere Hauterkrankung aufmerksam zu machen und kann hinzufügen, dass seine Auffassung auch von anderen Fachcollegen getheilt wird. Bei einer gelegentlichen Vorstellung eines hieher gehörigen Kranken, bei welchem mehrere erfahrene Dermatologen zu verschiedenen Diagnosen gelangt waren (Pemphigus, Psoriasis, Eczem), demonstrirte Prof. Lang schon vor Jahren an dem Kranken die Charaktere der Dermatitis exfoliativa.

Kaposi zeigt eine Frau mit einer ganz eigenartigen Eruption, welche die Haut des Rückens und oberen Thorax einnimmt. Dieselbe setzt sich aus erbsengrossen und auch grösseren, kreisrunden oder mehr ovalen, über das Hautniveau emporragenden, blassrothen Knötchen zusammen, die beim Tasten eine derbere Consistenz aufweisen. Zwischen durch, auf dem Thorax zahlreicher, finden sich, den Figuren dieser Knötchen entsprechend rundliche und längliche flache Grübchen, über denen die Haut ähnlich den Maculae und striae atroph. cutis fein gerunzelt ist. Dabei ist nirgends ein Vorgang zu sehen, der innerhalb der knötchenförmigen Efflorescenzen auf einen Zerfall hindeutet und eine secundäre Atrophie und Verdünnung der Haut über einem solchen Process erklären könnte.

Die histologische Untersuchung ergab nur subpapilläres Oedem und Infiltration, so dass die bestehenden Veränderungen wohl nur im Sinne einer Urticaria u. zw. einer Urticaria perstans atrophicans zu deuten sind. Ferner:

2. Fibromata mollusca, die dicht aneinandergedrängt in Gestalt von stecknadelkopf- bis wallnussgrossen, weichen, meist gestielten Tumoren den Hals und die obersten Partien des Rückens und Thorax bedecken.

Kaposi bringt eine Zuschrift des medicinischen Decanates zur Mittheilung, welches die dermatologische Gesellschaft zur internationalen Feier des in den October fallenden 80jährigen Geburtstages Virchow's einladet. Es ist aus diesem Anlass zum Beweise der internationalen Aufmerksamkeit gegenüber dem hohen Gelehrten geplant, dass jeder wissenschaftliche Verein ein Gedenkblatt nach seinem Gutdünken ausstatte und der Gesammtenveloppe einverleibe.

Diese Zuschrift wird zustimmend zur Kenntniss genommen.

Lang stellt vor:

1. einen 38 Jahre alten Mann mit universeller Psoriasis, bei welchem die Schuppenauflagerungen fettig sich anfühlten und schmutzigbräunlichen Ton darboten. Es beruht dies auf reichlicher Beimengung von Talgdrüsensecret; im Gesichte ist der Charakter der Psoriasis fast zurückgetreten, man findet da die Seborrhoe fast rein ausgeprägt;

2. einen 32 Jahre alten Mann mit einem über den ganzen Körper ausgebreiteten, grosspapulösen Syphilid, welches nur in Gruppen angeordnet, ein seltsames Bild darbietet;



3. einen 21 Jahre alten Schlossergehilfen, bei welchem nach einer exulcerirten Sclerose am Gliede postinitiale Infection am linken Oberschenkel in Form von zwei grossen exulcerirten Sclerosen zu Stande kam und zwar durch Autoinfection. Prof. Lang hat solche postinitiale Infection klinisch wiederholt gesehen. Dieselben kommen nur während des intermediären Stadiums zu Stande, später nicht.

Neumann demonstrirt:

1. Einen 29jährigen Zimmermaler mit Gummata cutanea am Rücken.

Am Rücken rechts neben der Wirbelsäule eine Gruppe von nierenförmigen, bohnengrossen Geschwüren am Rande einer über thalergrossen rothbraunen Narbe gelegen, die mit speckigem Belage versehen sind. Pigmentationen nach Acne am Rücken und Sternum. Zahlreiche Tätowirungen. Inguinaldrüsen beiderseits bohnengross. Sonst keine Zeichen von Lues. Der Kranke hatte im Jahre 1891 Sclerose und Exanthem und machte 60 Einreibungen; seit damals nur Jodkalibehandlung.

2. Einen 26jährigen Friseurgehilfen mit Gummata cutanea am linken Scheitelbein und am linken Unterkiefer.

Am Kinn und in der linken Unterkiefergegend findet sich je eine von einer schmutziggrauen ½ Cm. hohen Krustenauflagerung bedeckte hellergrosse, peripher leicht geröthete Efflorescenz. Die linke Hälfte des Kopfes wird von zahlreichen, theils confluirten, blassen, runden oder bogenförmigen, gegen den Knochen verschieblichen Narben eingenommen. Ueber der Mitte des l. Scheitelbeines eine von missfärbigen Borken bedeckte thalergrosse Geschwulst; nach Entfernung der Borken kommt ein speckig belegtes Geschwür mit graugelbem Grunde zum Vorschein. Zahlreiche Narben an den Waden, am l. Oberschenkel, ad nates und am Rücken nach früher überstandenen Hautgummen.

Pat. war seit Juni 1895 4mal in Brünn in verschiedenen Spitälern, seit 1896 4mal an der I. Klinik für Syphilis, fast immer wegen Gummata cutanea an verschiedenen Körperstellen in Behandlung, machte 6mal 14 Einreibungen durch und nahm Jodkali, Zittmann'sches Decoct und Jodalbacid.

3. Eine 17jährige Kellnerin mit Exanth. maculosum und Lichen syphiliticus.

Die ganze Körperoberfläche gleichmässig bedeckt von erbsengrossen nicht prominenten blasslividen Flecken, zwischen welchen an einzelnen Stellen (Unterbauchgegend, Rücken, Mammae) in Gruppen angeordnete, den Follikeln entsprechende rostbraune schuppende Knötchen eingestreut sind. Krankheitsdauer der Syphilis 4 Monate.

4. Eine 22jährige Prostituirte mit einem crustösen Syphilid am Kopfe.

Im Bereiche der behaarten Kopfhaut finden sich erbsen- bis haselnussgrosse Efflorescenzen, welche entweder seichte oberflächliche Erosionen oder eingetrocknete schmutziggraubraune Borken zeigen.



5. Einen 23jährigen Schmied mit Lichen syphiliticus, der am Rücken und in der Lendengegend in Gruppen angeordnete, den Follikeln entsprechende, braunrothe, hirsekorngrosse glänzende harte Knötchen, welche zum Theil central schuppen, zum Theil eine Pustel tragen, aufweist. Krankheitsdauer über 1 Jahr.

6. Einen 39jährigen Schuster mit einer luetischen Periostitis der Knochen des 3. Carpometacarpalgelenkes rechts.

In der Gegend des beschriebenen Gelenkes findet sich eine distal bis zum 1. Interphalangealgelenk reichende, den Knochen spindelförmig auftreibende, schmerzhafte Schwellung, welche von livider, ödematöser Haut bedeckt ist.

Vor 4 Jahren an der Klinik Neumann Sclerose und papulöses Exanthem; seitdem mehrmals Recidivexanthem. Im September 1900 ein Gumma am rechten Vorderarm, welches mit Hinterlassung einer peripher pigmentirten Narbe heilte. Die Syphilis ist bei dem Pat. also, trotzdem im ganzen 24 Injectionen mit Hydrargyrum salicylicum und 30 Einreibungen gemacht wurden, noch nicht geheilt.

7. Eine 38jährige Frau mit periostalem Gumma der rechten Scheitelbeingegend, erweichtem Gumma der rechten clavicula und multiplen Hautgummen der linken Hals- und Sternalgegend; Pat. nie behandelt. Mann derselben angeblich gesund, fünf lebende Kinder, kein Abortus, Veränderungen begannen im vergangenen Sommer und zwar vorerst am Halse; der Tumor am Kopf seit 3 Monaten, die Veränderungen über der rechten Clavic. seit November.

Genitalbefund normal. Ueber der rechten Clavicula eine kleinnussgrosse fluctuirende Auftreibung. Ueber dem manubrium sterni flachhandgrosse, gestreckte Narben mit eingestreuten kleinen recenten Infiltraten. Zwischen beiden Kopfnickerportionen ein lochförmig vertieftes Geschwür mit speckig nekrotischem Belag, steile schwellige Ränder, die Narben adhärent dem Kehlkopf. Unterkieferdrüsen l. kleinapfelgross sehr derb. Ueber dem r. Scheitelbein eine kindsfaustgrosse exulcerirte Geschwulst, mit scharfen Rändern, in der Mitte 1—2 Cm. dicke necrotische, grünlich gelbe Gewebsfetzen, verschieblich, so dass der Knochen frei zu Tage zu liegen kommt.

8. Eine 30jährige Frau mit Rupia syphilitica (Extremitäten), pustulösem Syphilid im Gesicht, ulcerösem Syphilid (linke Tibiakante). Papeln an der linken Tonsille.

Vom 13. November bis 30. November 1900 mit zerfallenen Papeln am Gaumenbogen, ulcerösem Syphilid, Rupia syphilitica, Sclerosenrest an der Portio in Behandlung gewesen.

Im August 24 Einreibungen, November 2 Sublimatinject. JK. Ciner-Diachylon aa.

An den Streckseiten der Extremitäten lebhaft rothe, über das Niveau der Haut prominirende heller- bis thalergrosse Efflorescenzen, welche Schuppen, Pusteln, Borken central tragen.

Eine Efflorescenz über der l. Scapula zeigt einen nierenförmigen seichten Substanzverlust. An der l. Tibiakante nach innen ein kreisrundes Geschwür mit wallartigen Rändern.

An Stirne und Wangen ähnliche Efflorescenzen mit rupiaähnlichen Borken bedeckt oder Pustel tragend von Erbsen- bis Kronengrösse. L. neben dem Scheitel eine thalergrosse Geschwulst, verschieblich mit wallartigen Rändern. Hinter der l. Tonsille ca. 2 kronengrosse Papeln mit weissem Belag.

9. Einen 32jährigen Tischler mit gruppirt papulosquamösem Syphilid am Handrücken. Beide Handrücken zeigen bis thalergrosse livide, im Niveau befindliche oder leicht prominente Flecken mit leichter Schuppung. Gleichzeitig besteht Psoriasis plantaris und Papeln an der Unterlippe. Dauer der Syphilis 1 $^1/_2$ Jahre.

10. Einen 53jährigen Bahnmeister mit einer Erkrankung, die sich geeignet der heutigen Bemerkung Kaposi's über Erythrodermie anreiht.

Die gesammte Körperhaut zeigt eine kupferrothe, an den unteren Extremitäten mehr graubraune Färbung und seidenartigen Glanz. Die normale Felderung ist an einzelnen Stellen (Lendengegend) in einer die Norm übersteigenden Weise ausgeprägt. Scrotum und Penis sind frei, ebenso die Mundschleimhaut, dagegen zeigen Gesicht und Kopfhaut ähnliche Veränderungen geringeren Grades, während Handteller und Fusssohlen diffuse Schuppung und Graufärbung zeigen.

Inmitten derart veränderter Haut finden sich an einzelnen Stellen (l. Schulter, l. Oberarm, r. Hüftgelenk) einzelne bis kronengrosse Flecke von hellerer Farbe mit zwar nicht ganz glatter, jedoch nur leicht schuppender Oberfläche.

Die Krankheit entstand vor 4 Jahren in Form von thalergrossen Flecken über dem Sternum, breitete sich dann successive über den ganzen Körper aus. Subjective Beschwerden bestehen in mässigem Jucken und Kältegefühl. Eine starke Contraction, Anheftung an die Unterlage oder Verdünnung der Haut ist nirgends zu constatiren. Die Inguinaldrüsen beiderseits sind auf Nussgrösse geschwellt, schmerzlos.

Pat. war in Prag an den Kliniken Pick und Janowski, sowie in Königgrätz in Behandlung, erhielt Arsenpillen (bis zu 600), Theer und andere Salben. Therapie bis jetzt erfolglos.

Psoriasis und Lichen ruber sind meiner Meinung nach auszuschliessen; denn die Haut ist glatt, ohne circumscripte Efflorescenz, nicht schuppend. Für die idiopathische Atrophia cutis fehlt die typische Felderung. Also bleibt nur mehr die Entscheidung zwischen Pityriasis rubra und Lymphodermie. Wenn diese auch jetzt nicht möglich ist, das Vorhandensein der Drüsenschwellungen ist immerhin verdächtig.

Kaposi. Mit Beziehung auf die früheren Fälle möchte ich diesen zunächst als symptomatische Erythrodermie bezeichnen; er scheint mir am ähnlichsten einem Lichen ruber im Stadium der Rückbildung, da die zarten Schuppen hier nicht heruntergehen. Für die Pityriasis ist ein zu grosses ödematöses Infiltrat vorhanden. Doch ist nicht auszuschliessen, dass es sich auch hier um eine prodromale Form der Leukämie handelt.



Im Anschlusse will ich noch eines merkwürdigen Falles erwähnen, den ich im August beobachtete. Ein fettleibiger Mann, der in kurzer Zeit um 15 Ko. abgenommen, zeigte auf der sonst normalen weissen Haut starke Kratzeffecte in Form längerer Streifen; nur hie und da eine Urticariaquaddel. Anfangs September wurde die Haut plötzlich krebsroth, wenig schilfernd, blieb aber dünn und nicht infiltrirt. Dabei starkes Hitzegefühl, Jucken und Schlaflosigkeit. Danach trat eine grossblätterige Desquamation wie nach Erythema toxicum ein. Während man nun mit dem Pat. sprach, bildete sich local auf der Stirne, einem Flecke am Oberschenkel und den Ohren aus scheinbar normaler Haut, ohne Knötchenbildung massenhaft Serum, das sofort zu gelben Krusten eintrocknete. In drei Stunden hörte dieses Nässen auf. Dieser Zustand dauerte ohne Fieber 3 Wochen an. Dann bildeten sich in rascherer Aufeinanderfolge Tausende von miliaren Pusteln, hierauf ein Eczema squamosum mit Nässen am behaarten Kopf, plötzlich vorige Woche wieder eine diffuse Erythrodermie, die nach 24 Stunden wich und wie Scarlatina mit feinkleiigen Schuppen abheilte.

Sitzung vom 23. Jänner 1901.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer: Kreibich.

Prof. **Mraček** stellt einen Fall von „Dactylitis syph. multiplex“ vor, dessen Krankheitsverlauf sich folgendermassen gestaltete:

O. R., Beamter, 30 Jahre alt, aufgenommen am 3. December 1900.

Anamnese: Mit Ausnahme einer Blennorrhoe vor zehn Jahren war der Kranke stets gesund, bis er im Juli 1895 eine Sclerose acquirirte, welche von Prof. Zarewitsch in Krakau behandelt wurde.

Im December desselben Jahres hatte der Patient wegen eines Exanthems 10 Einreibungen gemacht; kurze Zeit darauf, noch im selben Winter, entwickelte sich am linken Daumen eine Paronychie.

Patient machte hierauf im Frühjahre 1896 noch 28 Einreibungen.

Drei Jahre später, also etwa vor zwei Jahren, erkrankte die dritte linke Zehe, vor ein und einhalb Jahren der rechte Zeigefinger und vor einem und einviertel Jahr der linke Zeigefinger, worauf er (von Prof. Zarewitsch) mit Emplastrum hydrargyri und Jodkali innerlich behandelt wurde.

Hierauf hatte Patient zu wiederholten Malen Jodkali genommen und auch eine Badecur in Hall durchgemacht.

In der letzten Zeit verspürte Patient Schmerzen in der letzten Phalanx des linken Daumens, zugleich nahm auch die Schwellung und Röthung an den übrigen bereits afficirten Fingern und über dem rechten Nasenflügel zu. Ueber Anrathen des Herrn Dr. Koritschoner consultirte uns der Patient und liess sich auf die Abtheilung aufnehmen.

Status praesens vom 3. December 1900:

Patient ist von mittlerer Grösse, gracilem Knochenbau, mässig genährt. Das Körpergewicht vom 5.|XII. beträgt 51 Kg. 400 Gr. Die Haut-



decke blass, die inneren Organe, Lunge, Herz, sowie Digestionstract lassen nichts Abnormes nachweisen. Temperatur normal.

Die Nase ist von Natur aus nach links gewendet, das rechte Nasenloch abgeflacht. Entsprechend dem Nasenbeine dieser Seite ist die Haut im Umfange einer grösseren Bohne geröthet (seit 2 Monaten), der Knochen darunter mässig aufgetrieben. Rhinoskopisch lässt sich ausser einer Verengerung beider Choanen durch Narbenbildung keine Wunde nachweisen.

Der Daumen der linken Hand, und zwar die Endphalanx und das Interphalangealgelenk betreffend, ist plump, angeschwollen, die Haut über dieser Geschwulst bläulich verfärbt. Am Dorsum fühlt man entsprechend dem Gelenke ein deutliches Schwappen. Die Endphalanx ist in einem stumpfen Winkel gebeugt, die Sehne des Flexor über dem geschwollenen Gelenke sammt der Scheibe erhaben. Der Nagel ist verkümmert, in der Mitte abgebogen und rissig, das Ende der Fingerbeere zugespitzt. Gegen das Gelenk fühlt sich die Phalanx verbreitert an. Beim Zufühlen ist die Geschwulst nicht erheblich schmerzhaft.

Der Zeigefinger derselben Hand ist im Bereiche der ersten und zweiten Phalanx aufgetrieben, zum Theil durch eine Schwellung in den weichen Decken, zum Theil durch eine solche des Knochens selbst verdickt. Die bedeckende Haut weniger bläulich verfärbt wie jene des Daumens. Die Beweglichkeit in den Phalangealgelenken mässig erhalten.

Am Vorderarm derselben Extremität befindet sich ein im subcutanen Zellgewebe liegender, frei beweglicher Knoten. Cubitale Lymphknoten weit über bohnengross.

In der am 13. Mai 1900 von Dr. Robert Kienböck aufgenommenen Röntgenphotographie sieht man den Daumen geschwellt, die Grundphalanx an ihrem distalen Ende lichter, die Endphalanx mit lichteren Vacuolen und undeutlicheren Contouren. Am Zeigefinger ist die Erkrankung der zweiten Phalanx mässig angedeutet, indem die Contouren lichter, verschwommen sind.

Die am 10. December 1900 im k. k. Rudolfsspitale von Eugen Stiasny aufgenommene Röntgenphotographie zeigt deutlicher die Vacuolenbildung und Atrophie der Knochensubstanz der Endphalanx des Daumens, auch das Lichterwerden in der angrenzenden Grundphalanx bis fast zur Mitte derselben. Ebenso rareficirt ist der Knochen der zweiten Phalanx des Zeigefingers.

An der rechten Hand ist die Endphalanx des Zeigefingers verdickt, die Haut darüber geröthet, glänzend, der Nagel in der Längsfurche brüchig, in zwei Platten getheilt, genau so, wie jener am Daumen der linken Hand. Beide Endphalangen sammt den Interphalangealgelenken bilden hier das Substrat der Erkrankung.

Das distale Ende des Metacarpusknochens desselben Fingers ist aufgetrieben und von einer livid verfärbten, elastischen Masse an der Radialseite und im Spatium interosseum eingehüllt. Ueber dem letzteren



ist die Geschwulst elastisch, nachgiebig, fast fluctuirend. Ausserdem ist die Grundphalanx des rechten Daumens leicht aufgetrieben und schmerzhaft.

In ähnlicher Weise sind die Endphalangen der 1. und 5. Zehe des linken Fusses in Mitleidenschaft gezogen.

Therapie: Locale Bäder mit Zablaczer Jodsalzlösung, Nasenirrigationen, Einpackungen, innerlich Kal. jodat. 3 Gr. pro die.

Am 22. Dec. 1900 unterbrach Patient die Cur, kehrte am 27. Dec. zurück und machte einige Einreibungen. Am 8. Jänner 1901 verlangte Patient seine Entlassung.

Am 15. Dec. betrug sein Körpergewicht 52 Kg. 300 Gr.

Epikrise. Dieser Fall stellt sich somit dar als eine multiple, an mehreren Phalangen der Finger und Zehen auftretende luetische Dactylitis, welche im dritten Jahre nach der Infection aufgetreten ist und seither bei unvollständigen Behandlungsversuchen sich zum Theil erhält, zum Theil neue Phalangen ergriffen hat.

Es muss hervorgehoben werden, dass es zu einem Zerfall und zu Geschwürsbildung bisher nicht gekommen ist, obzwar die Schwellung am Daumen der rechten Hand einen bedeutenden Grad erreicht hat.

Die angewendete locale Behandlung — interne Jodkali und zum Schlusse Einreibungen — hat an allen Stellen eine wesentliche Besserung und Abnahme der Schwellung zur Folge gehabt und es liegt die Wahrscheinlichkeit nahe, dass die früheren Attaquen auf die therapeutischen Versuche sich ebenso verhalten haben und dass dadurch ein ulceröser Zerfall vermieden wurde.

Es ist zu erwarten, dass die Erkrankung, wenn der Patient seine Cur consequent fortsetzt, noch ein gutes Resultat ergibt und die Brauchbarkeit der Extremitäten erhalten bleibt.

Kaposi demonstrirt ein Ulcus tuberculosum linguae.

Der 38jährige Mann, seit 4 Jahren stark abgemagert, befand sich 1898 und 1899 wegen einer linksseitigen Pleuritis in Spitalsbehandlung. Der Lungenbefund ergibt jetzt eine grosse Caverne im linken Oberlappen. Seit 3 Monaten besteht das Geschwür an der Zunge. An dem rechten Rand sitzt nun circa 2 Cm. von der Spitze entfernt ein fast guldengrosses, unregelmässig zackig begrenztes Geschwür, dessen vorderer Antheil einen flachen, leicht zackigen Rand und eine gereinigte, feinwarzig granulirende Basis zeigt, während die rückwärtige Hälfte mit einem graugelblichen Detritus bedeckt ist und längs des zerfallenen, leicht blutenden Randes theils frische, theils auch eitrig zerfallene stecknadelkopfgrosse Knötchen zeigt, aus dem Zerfall das Fortschreiten am Rande deutlich ersichtlich ist.

Die histologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose.

Ehrmann zeigt einen Fall von exulcerirter Nasenlues, der in diagnostischer und anatomischer Hinsicht einiges Bemerkenswerthes darbietet.

Wenn man den Patienten von der Ferne ansieht, glaubt man, dass nur eine Acne rosacea vorliegt. Betrachtet man aber die Nasen-



öffnung näher, findet man links und rechts am Uebergang gegen die äussere Haut zwei hellergrosse Geschwüre mit höckerigem braunrothen Rande, speckig belegt und von drüsig unebenen Granulationen bedeckt. Im Innern der Nase ist an der Schleimhaut der Nasenscheidewand ein ähnliches Geschwür, auf dessen Grund rauher Knochen blossliegt. Differentialdiagnostisch kommen Acne necrotisans, Lupus, Epitheliom, Rhinosclerom und Lues in Betracht. Gegen erstere spricht der typische Rand und die tiefe Betheiligung der Schleimhaut; bei Rhinosclerom sehen wir keine Ulceration. Gegenüber Lupus ist das Fehlen von Knötchen und die derbe Consistenz zu betonen, gegenüber einem Epitheliom das rasche Wachsthum innerhalb 3 Monate und das Fehlen eines derberen Randes. Für Lues spricht schon die eigenthümlich braunrothe Farbe. Als unterstützendes Moment kommen noch Narben am Rücken hinzu, deren Hervorgehen aus ulcerösen Syphiliden deutlich erkennbar ist. Anamnestisch ergibt sich auch, dass vor 25 Jahren ein Ulcus am Penis vorhanden war, das ohne Behandlung blieb.

Anatomisch bietet diese Form die Frage, um welche Form luetischer Veränderung es sich eigentlich handelt, um ein Gumma oder um ein papulöses Infiltrat, das vom Papillarkörper aus zerfällt. Hier liegt ein muldenförmiges Geschwür mit überhängenden Rändern vor, das ebenso wie die aus der Tiefe hervorwuchernden Granulationen der Rupia, also dem ulcerösen Gumma entspricht.

Wilhelm stellt einen 35jährigen Steindrucker vor, der an der Streckseite der Endphalanx am rechten Daumen eine kronenstückgrosse, scharf begrenzte, elevirte Plaque mit derbhöckeriger Oberfläche hat, wie sie ganz dem Bilde der Tuberculosis verrucosa cutis entspricht. Zur Aetiologie kann die Angabe des Patienten, dass der Beginn der Erkrankung an eine Quetschung dieser Stelle anschliesst, wohl herangezogen werden in dem Sinne, dass das Trauma die Eingangspforte für die specifische Infection erzeugte.

Neumann zeigt eine 49jährige Kranke mit Pemphigus vegetans. Am äusseren Genitale und in der inneren Schenkelfurche stark prominente nässende hellergrosse, lebhaft rothe Plaques. Aehnliche Veränderungen ad anum; dieselben gleichen völlig syphilitischen Papeln. Sonst ist an der Patientin von Syphilis jedoch kein Zeichen. Dagegen finden sich an den Streckseiten beider Ellbogen Gruppen hellergrosser, prall gefüllter Blasen, umgeben von einem rothen Hof. Am weichen und harten Gaumen und der Lippenschleimhaut ist das Epithel an zahlreichen erbsengrossen Stellen abgehoben, es liegt die geröthete Schleimhaut vor, das Epithel flottirt darüber hin. Seit 8 Tagen kam es an den Endphalangen der Finger zu blasigen Abhebungen und folgender eitriger Entzündung um das Nagelbett.

Kaposi: Die Patientin bietet gewiss manches von gewöhnlichen Fällen abweichendes, doch nichts seltenes dar, die Variationen der Pemphigusform bei demselben Kranken. An den Lippen und am Nasenrand gewöhnliche Bläschen, während die Blasen an den Ellenbögen den



Eindruck von kachektischen machen; dazu kommen die Condylomen ähnlichen Wucherungen am Genitale. Es gibt aber auch Fälle, wo die Erscheinungen zuerst und nur am Genitale auftreten, wie z. B. bei einer zu mir geführten Frau in Form einer knopfartigen, elevirten und leicht exulcerirten Erhebung. Diese wurde früher auch wegen der anamnestischen Daten für Lues gehalten. Nach Anwendung von Empl. hydrargyri waren aber schon nach 3 Tagen starke Schmerzen und dann eine allgemeine Eruption von Pemph. vegetans aufgetreten. Ich weise noch darauf hin, dass selbst solche classische Fälle von Pemph. vegetans wieder in ein Stadium relativer Heilung kommen. Ich erwähne nur einen Patienten, der durch 3 Jahre zu verschiedenen Zeiten oft kolossale Eruptionen in verschiedenen Formen zeigte, wiederholt aufgegeben war, der aber noch heute lebt, wenn auch leichte Recidiven noch immer wiederkehren. Weiters eine Frau, die in den 70er Jahren an einem schweren Pemphigus vulgaris litt, der heilte und bis heute nicht recidivirte.

Kreibich demonstrirt ein 13jähriges Mädchen, dessen aus den Pigmentationen ersichtlicher ausgebreiteter Pemphigus vulgaris nach einer intensiven Schwefelbehandlung, welche aber in eine Remissionsperiode fiel, abheilte; leicht könnte man danach einen causalen Zusammenhang mit der Schwefeltherapie herstellen. Andererseits ist der Fall einer Frau beachtenswerth, die vor 8 Wochen mit einem allgemeinen Pemphigus an der Klinik lag und sich jetzt mit einem einzelnen, erbsengrossen Bläschen an der linken Wange vorstellte.

Neumann: Was im besonderen die Fälle von Pemph. vegetans anlangt, so bieten diejenigen eine bessere Prognose, in denen sich trockene, warzige Vegetationen bilden, wie bei dem hier wiederholt vorgestellten Mädchen. Wenn die gereizten, nässenden, condylomatösen Efflorescenzen für sich oder durch ihre Confluenz der Lues ähnlich sehen, soll man immer die Peripherie genau untersuchen: bei Lues findet man am Rande das derbe, braunrothe Infiltrat, bei Pemphigus eine feine, blasige Abhebung.

Nobl weist auf einen Fall hin, der gleichfalls besonders geeignet erscheint, als Beleg für die gelegentliche günstige Verlaufsweise, von Pemphigusformen zu dienen, wenn sie selbst unter bedrohlichen Initialerscheinungen eingesetzt haben. Die Wahrnehmung betrifft einen 70jähr. rüstigen, in seinem Berufe heute noch thätigen Herrn, bei dem es vor 10 Jahren, also in seinem 60. Lebensjahre unter foudroyanten Begleitsymptomen, wie hohem Fieber, Benommenheit, Delirien etc. zur ersten universellen Pemphiguseruption gekommen war. In diesem Zustande auf die Klinik Hofr. Kaposi aufgenommen, hielt sich das Krankheitsbild durch viele Wochen auf gleicher Höhe, um dann allmälig abzuklingen. Einen zweiten, jedoch mässigeren Ausbruch machte der Patient wenige Monate später wieder an der Klinik durch; die dritte Eruption nach einem Jahre hatte bereits ein so mildes Gepräge, dass man mit der häuslichen Wartung sein Auskommen fand. Seither ist nie mehr ein all-

gemeiner Nachschub in Erscheinung getreten und die ab und zu aufschiessenden Blasen heilen in kurzer Zeit wieder ab.

Lang: Wohl jedem Dermatologen sind Fälle vorgekommen von schwereren Pemphigusformen, auch solchen an Schleimhäuten, die schliesslich zur Ausheilung gelangten. Ueberdies dürfte mancher, der vom Herrn Vorsitzenden erwähnten Fälle wegen ihres langjährigen Bestandes auch anderen Dermatologen zu Gesicht gekommen sein. Ich möchte jedoch auf einen anderen Umstand aufmerksam machen. Bekannt ist, dass der Pemphigus gewöhnlich und am häufigsten im „schönsten" Alter, in mittleren Jahren zur Beobachtung gelangt; im hohen Alter wird beginnender Pemphigus wohl selten beobachtet. In den letzten Wochen sah ich einen über den ganzen Körper ausgebreiteten Pemphigus cachecticus bei einem 72jährigen Manne, welcher den Beginn der Erkrankung erst seit drei Wochen datirte. Es fragt sich, ob der Pemphigus wirklich erst in so hohem Alter begonnen, oder ob in solchen Fällen einzelne Blasen nicht schon früher vorausgegangen sind, die wegen ihrer geringen Anzahl und des seltenen, etwa in grossen Intervallen aufgetretenen Ausbruches unbeachtet geblieben sind.

Neumann beobachtete in letzter Zeit 2 Fälle bei Frauen mit über 70 Jahren, von denen eine früher immer nur ein recidivirendes Erythema multiforma, keine Blaseneruption hatte.

Kaposi: Im allgemeinen ist der Pemphigus bei alten Leuten selten. Doch habe ich Fälle beobachtet, wo derselbe vom 40. bis zum 60. und 70. Lebensjahre dauerte.

Neumann demonstrirt eine 21jährige Frau mit einem eigenthümlichen kleinpapulösen Exanthem. Der ganze Körper ist mit mohnkorngrossen, den Follikeln entsprechenden, dunkel rothbraunen, untereinander confluirten Knötchen besetzt, von denen zahlreiche central eine hirsekorngrosse Pustel tragen. Um die Mundöffnung herum sind die kleinen Knötchen flacher, blass gelblichbraun und mit fettigen dünnen Krusten bedeckt.

Ehrmann: Ich habe gerade solche Fälle für die Festschrift Hofr. Neumann's genau untersucht und haben sich daraus für die gruppirte Syphilis überhaupt interessante Befunde ergeben. Wir finden in neuen Lehrbüchern den Namen der Roseola granulata, unter welcher jene Form verstanden wird, in deren Bereich eine starke Infiltration um die Haarbälge, Talg- und Schweissdrüsen hervortritt. Wenn man die Knötchengruppe mit der Haut, die zwischen den Knötchen ganz normal erscheint, in toto excidirt und lückenlose Serienschnitte macht, sieht man, dass die Haut nicht wirklich normal ist, sondern dass um die Gefässe ein tiefer Infiltrationsmantel besteht. Es ist diese ganze Gruppe histopathologisch und daher auch klinisch als ganzes zu betrachten. Es gibt also bei der Syphilis deutlichste anatomische Veränderungen, die klinisch nicht sichtbar werden. So sind wohl auch die Fälle zu erklären, in welche der Patient in der 8. bis 9. Woche nach der Initialaffection zwar allgemeine Symptome, aber kein Exanthem, eventuell localisirt



singuläre Papeln im Munde, ad anum, Psoriasis palmaris, Nervenerkrankungen, sogen. Syphilis sine exanthemate bekommt. Ich verweise auch darauf, dass man behauptet, das Leukoderma könne auch an Stellen entstehen, wo früher kein Exanthem vorhanden war; ich fand auch da einen Infiltrationsmantel um die Gefässe, so dass die Annahme von neuropathisch-atrophischen Veränderungen, wie sie Unna behauptet, hinfällig wird.

Kaposi: Unzweifelhaft bestehen für das kleinpapulöse Syphilid die gleichen anatomischen Veränderungen wie für andere Syphilisformen. Aber die deutlichen klinischen Symptome, die sonst jedes luetische Infiltrat, selbst eine einzelne Efflorescenz auszeichnen, fehlen dem kleinpapulösen gerade wegen seines geringen räumlichen Ausmasses und seiner Lage um den Follikel herum. Ganz ähnliche Verhältnisse bestehen aber beim Lichen scrophulosorum. Eine zweite Schwierigkeit liegt darin, dass auch dieses Exanthem sich vom Haus aus in Gruppen bildet, deren Anordnung gleichfalls dem Voigt'schen Gesetz entsprechen. Dabei treten beide bei cachektischen Personen auf, können beide pustulös, an den unteren Extremitäten auch hämorrhagisch sein, ja kommen oft auch nebeneinander gleichzeitig vor. Für die Diagnose kommen bei Lues singuläre Papeln, Betheiligung der Mundhöhle, bei Lichen scrophulosorum das starke Befallensein des Stammes in Betracht.

Kreibich: Wie klein syphilitische Efflorescenzen sein können, kann auch folgende Beobachtung demonstriren. Vor 2 Wochen wurde ein Kind in die Ambulanz gebracht mit einer ausgebreiteten Röthe, die sich ganz ähnlich papulösen Masern aus folliculären Knötchen zusammensetzte. Diese letzteren selbst waren aus der Confluenz kleinster, planer Knötchen hervorgegangen. Die gleichzeitig bestehende Mundaffection, Papeln am Genitale und die sichere Lues der Mutter sprachen deutlich für die Diagnose.

Neumann stellt weiter vor:

1. Einen 26jähr. Wachmann mit einem ulcerösen Syphilid am arcus palatoglossus und Rupia syphilitica. Die Syphilis besteht seit ¾ Jahren. Patient schwächlich, anämisch. Es traten bei ihm unmittelbar nach Ausbruch des papulo-pustulösen Exanthems an verschiedenen Körperstellen kronengrosse Infiltrate mit centraler Exulceration und Bildung dachziegelartig geschichteter austernschalenähnlicher Borken auf. Am Gaumenbogen rechts ein thalergrosses Infiltrat, central zu speckigem Detritus zerfallen.

2. Einen 27jähr. Schuhmacher mit Lichen scrophulosorum. Brust, Rücken, Bauch, Extremitäten in diffuser Weise bedeckt von hirsekorngrossen, lebhaft braunrothen, scharf umschriebenen Efflorescenzen, die auf Druck verschwinden. Krankheitsdauer 6 Wochen. Multiple Drüsenschwellung.

3. Einen 26jähr. Drahtweber mit Ulcus tuberculosum palat. sinistri. Am linken Gaumenbogen ein hellergrosses Geschwür mit unterminirten Rändern, welche zugeschärft gegen das Centrum auslaufen,



dünnem grauen Belag, mit Einsprengung von mohnkorngrossen grauen Knötchen in der Basis und Umgebung des Geschwürs.

4. Eine 20jähr. Magd mit Lupus erythemat. an der Nase. Haut der Nasenspitze diffus geröthet und narbig verändert. Die Röthe begrenzt sich gegen die Nasenwurzel zu in Form einer hellergrossen Plaque mit leicht erhabenen hellrothen Rändern und centraler Depression, innerhalb welcher die Haut abgeblasst, narbenartig und die Follikelmündungen erweitert erscheinen.

5. Den in der letzten Sitzung vorgestellten Patienten mit der eigenartigen universellen Hautveränderung und Lymphdrüsenschwellung. Nach 7 Injectionen von Natr. kakodyl. beginnt, insbesondere am Gesicht, die Haut blasser und glatter zu werden. Die unteren Extremitäten werden mit Ol. cadini eingetheert.

Kaposi demonstrirt:

1. ein Carcinom auf der Narbe eines Ulcus cruris. Das letztere besteht bei dem 51jähr. Manne seit über 15 Jahren und führte zu einer elephantiastischen Anschwellung des linken Unterschenkels, namentlich in dessen unterer Hälfte. An der Rückseite über dem Ansatze der Achillessehne liegt in dieser harten, verdickten Haut ein über handtellergrosses, unregelmässig begrenztes Geschwür, dessen Grund und Rand von derben, blassrothen, feinwarzigen Wucherungen bedeckt sind. Die Umgebung des Geschwüres ist von tiefen, schwieligen, weissglänzenden Narben eingenommen.

2. einen 25jähr. Mann mit Acne cachecticorum. Der Mann bekam vor 4 Monaten eine Sclerose, 7 Wochen später ein Exanthem, das nach einer Einreibungscur und Jodkalitherapie zurückging. Seit drei Wochen besteht die Affection an den Extremitäten, die an den Streckseiten mit stecknadelkopf- bis erbsengrossen, dunkelbraunrothen, meist folliculären Knötchen besetzt sind, von denen die Mehrzahl im Centrum kleine Pusteln trägt.

Kreibich zeigt

1. eine extragenitale Sclerose an der Lippe mit starker Drüsenschwellung in der Submaxillargrube.

2. einen durch Excochleation und nachfolgende Aetzung mit Pyrogallussalbe geheilten Fall von Lupus nasi mit Betheiligung der Nasenschleimhaut. Die Patientin ist jetzt 4 Jahre ohne Recidive.

Lang stellt vor:

1. Einen 19 Jahre alten Burschen, der wegen eines selten ausgebreiteten Lichen planus schon in einer der vorigen Sitzungen vorgestellt worden war. Damals sah man an den Schleimhäuten noch nichts Pathologisches. Seit einigen Tagen trat jedoch Lichen an der Wangenschleimhaut auf, der wie ein zarter Gazeschleier am Rande wie in zarte Gazefransen aufgefasert beide Wangen bedeckt.

2. Einen 27jährigen Mann mit Dermatomycosis circinata tonsurans, die mit hochgradig pruriginösen Erscheinungen gepaart ist.



3. Ein 19 Jahre altes Mädchen, welches vom rechten Mundwinkel bis zum rechten Ohre hin eine Narbe aufweist, die überdies rückwärts bis gegen den Nacken, abwärts bis zum Halse sich ausdehnt und genau den Charakter einer Narbe nach Lupusbehandlung aufweist. Thatsächlich war die Kranke während der Sommerferien während der Abwesenheit des Prof. Lang dieserhalben auf seiner Abtheilung. Die Kranke wird jetzt nur aus dem Grunde demonstrirt, weil sie überdies einen grossen ulcerösen Defect des weichen und harten Gaumens und der hinteren Rachenwand aufweist, der auf hereditäre Lues zurückzuführen ist.

4. Ein 20 Jahre altes Mädchen in Begleitung des vorigen. Gleichfalls mit hereditärer Lues behaftet. Es bestehen exulcerirte Gummata am weichen Gaumen, hinterer Rachenwand, Zungenrücken, Periostose der Nasenbeine und ausgedehnte Narben am linken Unterschenkel, Verdickung der linken Tibia nach abgelaufenen luetischen Processen. Das Mädchen ist etwa nicht die Schwester der vorigen Kranken, sondern nur aus demselben Dorfe und ist anzunehmen, dass daselbst bei einer grossen Anzahl von Individuen inveterirte Lues besteht.

5. Ein 18 Jahre altes Mädchen mit kleinpapulösem Syphilide an beiden inneren Schenkelflächen, welches die frappanteste Aehnlichkeit mit Lichen ruber planus aufwies.

6. Einen 21 Jahre alten Mann mit über den ganzen Körper zerstreuten, jedoch schon in Involution begriffenen Lichen syphiliticus-Gruppen, die als Pendant zu dem von Hofr. Neumann demonstrirten Falle dienen können.

7. Einen 27 Jahre alten Mann, dessen Lues erst 2 Monate besteht und jetzt schon bis übermünzengrosse papulosquamöse Plaques am Stamme aufweist und eine Unzahl von papulo-crustösen Efflorescenzen neben einzelnen luxurirenden Papeln am Kopfe.



Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Bildungsanomalien.

Ducrey e **Respighi.** Le localizzazioni sulla mucosa orale della cosidetta „Porokeratosis". Giorn. Internat. d. Sc. med. Ao. XX, pag. 20.

Ducrey und Respighi theilen vorläufig mit, dass sie bei 4 Patienten die typischen Herde der sogenannten Porokeratosis an der Mundschleimhaut beobachtet haben; bei einem dieser Patienten war dies die einzige Localisation der Erkrankung. Die Herde mit ihrem opacen Centrum und den schmalen, dasselbe umgebenden Walle sind so typisch, dass sie nicht leicht mit einer anderen Erkrankung verwechselt werden können. Die histologische Untersuchung dreier derartiger Herde von der Wangenschleimhaut ergab folgendes Resultat: *a*) Das Corpus mucosum Malpighi ist mächtiger entwickelt als normal, ausser am Rande des Herdes, wo es dünner ist und leichte zellige Infiltration zeigt. *b*) Das Stratum granulosum ist weder in gleichmässiger Ausbildung noch auch ununterbrochen vorhanden; bei einem Herde fehlte es vollständig. *c*) Das Stratum corneum ist dicker als normal; nach dem Rande zu wird es noch stärker und drängt sich einerseits tiefer in das Corpus malpighi, so dass dasselbe hier verdünnt wird, andererseits erhebt es sich auch über die Oberfläche, den erwähnten zarten Ringwall bildend. *d*) Das Corpus papillare ist stärker als an der normalen Schleimhaut entwickelt; das papilläre und subpapilläre Bindegewebe zeigt mässige Erweiterung der Gefässe und kleinzellige Infiltration. An den Drüsen konnte keine Veränderung beobachtet werden.

Th. Spietschka (Brünn).



Sprecher, Florio. Ricerche statistiche sulla Cheratosi pilare. Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle. XXXIII, pag. 734.

Sprecher untersuchte 3200 Individuen auf Keratosis pilaris unter besonderer Berücksichtigung des Alters und Gesundheitszustandes derselben und gelangt auf Grund dieser Statistik zu folgenden Schlüssen: 1. Die Keratosis pilaris ist eine ziemlich häufige Hautaffection, welche ohne viel zu belästigen mit bestimmten klinischen Charakteren an den Gliedmassen, am Stamme, im Gesichte und am behaarten Kopfe auftritt. 2. Die Erkrankung beginnt im Kindesalter, überdauert in langsamem Verlaufe die Jugendzeit und Pubertät, erreicht ihre volle Entwickelung zwischen dem 25. und 30. Jahre und geht dann langsam zurück. 3. Die ersten Erscheinungen derselben treten an den Gliedmassen auf, stellen sich dann bald auch am Rumpfe und im Gesichte ein und befallen erst viel später den behaarten Kopf. 4. Die Keratosis pilaris der Gliedmassen und des Stammes ist bei dem männlichen Geschlechte etwas häufiger als beim weiblichen; das umgekehrte ist mit der des Gesichtes der Fall; am behaarten Kopfe wurde sie nur bei Männern beobachtet. 5. Die Keratosis pilaris befällt wesentlich die Haar-Talgfollikel und führt eine narbige Atrophie derselben herbei. 6. Die Keratosis pilaris zeigt keine constanten Beziehungen zu irgend einer anderen Erkrankung, sondern man findet sie in gleicher Weise bei gesunden wie bei kranken Leuten. 7. Bei der Aetiologie derselben verdienen die Heredität und die verschiedenen von aussen einwirkenden Reize besondere Beachtung.

Th. Spietschka (Brünn).

Bowen, Jon T.: Un cas de kératose folliculaire. (Maladie de Darier.) Annales 1898.

Der mitgetheilte Fall, ein 33jähriges Mädchen, ist der erste, bei dem die Affection sich bloss auf Kopf und Hände erstreckte. Er bietet sonst, sowohl was den klinischen Befund, der nur in Folge der abnormen Localisation der Diagnose Schwierigkeiten bereitete, als auch was den mikroskopischen Befund betrifft, keine Besonderheiten.

Der Autor tritt auf Grund seines histologischen Nachweises, nach welchem die von Darier für Coccidien gehaltenen Zellen Keratohyalin enthalten, der parasitischen Theorie entgegen. R. Fischel (Bad Hall).

Hallopeau: Sur une poussée aiguë de pityriasis rubra pilaire avec érythrodermie exfoliatrice généralisée. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 10 Fevrier.

Die Affection, intensive Röthung und Schuppung der Haut erstreckte sich mit Ausnahme einiger kleiner gesunder Partien an den Hand- und Fussrücken auf das ganze Hautintegument. Nur das Auftreten einzelner primärer Efflorescenzen an den Phalangen gestattete die Differentialdiagnose, die insbes. Schwierigkeiten bei Unterscheidung dieses Krankheitsbildes von psoriatischen erythro-dermatischen Attaquen bot.



Patientin ist derzeit nach einer ca. zweimonatlichen Krankheitsdauer fast vollständig geheilt. R. Fischel (Bad Hall).

Leredde: Pityriasis rubra pilaire. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 13. Janvier.

Der 11jährige Bub zeigt an der dorsalen Fläche des Stammes, am Kopf und Rücken grosse, scharfbegrenzte, an der Oberfläche theilweise weisse, von fest anhaftenden Hornmassen bedeckte, nicht schuppende, gefurchte Herde.

Bemerkenswerth ist ihr symmetrisches Auftreten am Rücken, das aber nicht unbedingt für einen nervösen Ursprung der Affection spricht, auch Parasiten, die an symm. Orten gleiche Entwicklungsbedingungen finden, können die Ursache sein.

In der Nähe der Herde vorspringende Follikel, die mit harten weissen Auflagerungen bedeckt sind und an psoriatische Efflorescenzen erinnern.

Hallopeau constatirt die seborrh. Localisation dieser Affection.

R. Fischel (Bad Hall).

Nicol, B. A. Cutaneous haemorrhage and pigmentation in a case of Exophthalmic Goitre. British Journal of Dermatology 1900.

Nicol theilt die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von Morbus Basedowii mit, betreffend eine 27jährige Frau, deren Haut beim Eintritte ins Spital eine bereits auffallend starke dunkle Pigmentation zeigte. Einige Tage nach Aufnahme der Kranken traten unter gleichzeitiger Verschlimmerung des Allgemeinbefindens multiple Hämorrhagien an den Extremitäten auf, die nach kurzem Bestande unter Zurücklassung von Pigmentflecken schwanden. Die allgemeine Pigmentation der Haut hatte während dieser Zeit mässig zugenommen. Robert Herz (Prag).

Moreira, J. Ein neuer patholog.-anatom. und klinischer Beitrag zur Kenntniss des Ainhum. Monatshefte f. prakt. Derm. Bd. XXX.

Die Bezeichnung Ainhum bedeutet Säge oder Feile; die Krankheit wird von verschiedenen Negerstämmen verschieden bezeichnet. Sie wurde beobachtet in Süd- und Nordamerika, auf den Antillen, den westindischen Inseln, der afrikanischen Küste, in Indien. Die in Europa beobachteten Fälle sind entweder eingeschleppt oder zweifelhafter Art. Verfasser liefert eine genaue klinische Schilderung und fügt eine Casuistik von 19 Fällen bei, die er sämmtlich bei Negern in Brasilien beobachtete. Die Erkrankung localisirt sich fast immer an der kleinen Zehe, selten an der IV. Zehe, noch seltener an den anderen. Was die Diagnose des einen betrifft, so hebt der Verf. gegenüber Zambacco hervor, dass Ainhum mit Lepra nichts zu thun habe. — Die mikroskopische Untersuchung der mit Ainhum behafteten Zehe ergab eine die ganze Zehe be-



treffende chron. Entzündung der oberflächlichen Cutisschicht, zu der sich an Stelle der Furche eine Hypertrophie des collagenen Gewebes mit den weiteren Consequenzen der Stauungshyperämie und Necrose distalwärts hinzugesellt. Die afrikanische Rasse disponirt zu dieser Erkrankung. Sie weist eine beträchtliche Schiefstellung der Flexorensehnen an den beiden letzten Zehen in Folge der häufigen Plattfussbildung auf, worin eine Disposition für die Entstehung und das Unterhaltenwerden der chron. Entzündung gegeben sein soll. Dabei ist die Bedeutung von Traumen unverkennbar, Verletzungen und Quetschungen der Zehen nebst den Schädlichkeiten, welche durch Herabdrücken des Fussgewölbes die Plattfussbildung mit allen Folgen der Circulationsstörung und Schiefstellung der Sehnen bedingen. Am häufigsten sind Lastenträger erkrankt, überhaupt Männer häufiger wie Weiber. Kein Alter ist dagegen immun, am häufigsten tritt es jenseits des 30. Lebensjahres auf. — Der Verlauf ist ein ungemein protrahirter, zwischen der Entstehung der ersten Einschnürung und der Entwicklung der tiefen, kreisförmigen Furche mit Vernichtung der Phalanx vergeht gewöhnlich eine Zwischenzeit von 2 bis 10 Jahren, jedoch ist auch eine Dauer bis zu 50 Jahren beobachtet worden. Die Erkrankung bewirkt keine Störung des Allgemeinbefindens bis auf Schmerzen beim Gehen. Der bei Mangel von frühzeitiger Behandlung unvermeidliche Verlust der Zehe kann durch tiefe Einschnitte senkrecht zur Richtung der Furche mit Durchtrennung des ganzen Einschnürungsringes abgewendet werden. Ludwig Waelsch (Prag).

Hallopeau: Deuxième note sur un quatrième cas d'aerodermatite continue suppurative et particulièrement sur l'infection purulente tégumentaire (impétigo herpétiforme) qui est venne la compliquer. — Annales 1898. Soc. de dermatol. et de syphiligr. 13 Janvier.

Die secundären Nachschübe treten in multiplen Herden auf, deren miliare Initialefflorescenzen zu Borken eintrocknen. Nach deren Abhebung eine vollständig erodirte oder nur von den tiefsten Lagen der Epidermis bedeckte Fläche zurückbleibt. Die Grösse der Plaques kann von einer Linse bis zu einer grossen Fläche mit den bizarrsten Begrenzungslinien variiren. In der Umgebung traten neue Herde auf, welche mit den alten zusammenfliessen. Die Mund- und Wangenschleimhaut und wahrscheinlich die Darmschleimhaut sind von derselben Affection ergriffen.

Die erodirten Flächen haben ein glänzendes, lackartiges Aussehen, Granulations- und Narbenbildung. Die Affection kann, ohne Spuren zu lassen, verschwinden, doch treten immer wieder neue fieberhafte Attaquen auf.

Die Affection hat die grösste Aehnlichkeit mit dem Impetigo herpetiformis; man kann ihr den Namen einer eitrigen Infection der Haut (infection purulente tégumentaire) beilegen.

Dubreuilh glaubt an einen trophoneurotischen Ursprung der Erkrankung.



Hallopeau glaubt an eine pyogene Infection, bei der trophoneurotische Vorgänge nur auf dem Wege des Reflexes der Weiterverbreitung der pyogenen Infection den Weg ebnen.

R. Fischel (Bad Hall).

Leslie Roberts: Notes for the study of Lupus. (British Journal of Dermatology 1900.)

Der Verfasser schlägt vor, bei Lupuskranken vor Einleitung der operativen Therapie, die Haut in einen möglichst guten Zustand zu bringen und rühmt das bereits von Brooke in diesem Sinne empfohlene Quecksilber als das hiezu geeignetste Mittel. Er stützt diesen Vorschlag auf die Thatsache, dass Brandwunden umso besser heilen, je gesünder die Haut ist, die von ihnen betroffen wurde.

Die operative Behandlung mit dem Thermocauter soll dann eine möglichst ausgiebige sein, falls nicht eine Contraindication für eine energische Cauterisation (z. B. Augenlider, wegen Gefahr eines Ectropiums) vorliegt. Nach der Operation hat sich dem Verfasser die neuerliche Application von Hg gut bewährt.

Leslie meint, dass durch diese Massnahmen die Erfolge der Lupusoperationen gesteigert werden könnten. Robert Herz (Prag).

Klamann. Ein Fall von eczematöser, circumscripter Dermatitis mit Berücksichtigung der dabei beobachteten Pilzelemente. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XXVII.

Verfasser beobachtete bei einem Wollweber eine in Herden auftretende Erkrankung in Form runder, zumeist ringförmig angeordneter Knötchen und Bläschen mit centraler Schuppung. In den Schuppen fand sich ein Pilz mit traubenförmig gelagerten Sporen, sowie fadenförmigen, spitz zulaufenden Elementen mit ovalären Zellformen in der Mitte des Fadens. Der Pilz hatte am meisten Aehnlichkeit mit dem Mikrosporon furfur, auch mit dem Mikrosporon minutissimum, von denen aber der Verfasser den gefundenen Pilz differenzirt. Eigenthümlich sind ihre sogenannten Hüllenconidien, 2—4 zusammengelagerte Sporen, von einer färbbaren Hülle umgeben.

An sich selbst bemerkte Verfasser mehrere Jahre vorher über dem Brustbein linsengrosse bräunliche Flecke, sowie eine nässende Papel an der linken Augenbraue; in den Schuppen fand er denen des später beobachteten Falles gleichartige Sporen. — Er glaubt, dass dies specifische, noch nicht näher bekannte Pilzelemente seien. Es ist möglich, dass dieser Pilz identisch ist mit demjenigen, welcher auf der Kopfhaut und dem Cilienrand der Augenlider bei chron. Lideczem sich in den Schuppen findet. Ludwig Waelsch (Prag).

Truffi. Forma pleomorfica dell'achorion di Schönlein. (Gazz. medica di Torino genn. 1900. — Ref. Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche. 15. Febr. 1900.)



Bei Favuscultivationen hat Verf. die Beobachtung gemacht, dass sich sehr häufig nachträglich auf den alten Reinculturen ein weisslicher Flaum bildet; meistens tritt diese Erscheinung dann auf, wenn es sich um alte, eingetrocknete oder auf zuckerhaltigem Nährboden gewachsenen Culturen handelt. Dieser Flaum, auf 2% Agarpepton übertragen, beginnt schon am zweiten Tage in die Tiefe zu dringen und auf der Oberfläche kurze, weisse Härchen zu treiben. In 8 Tagen erreicht die Colonie einen Durchmesser von 1½ Cm., ihr Centrum ist knopfförmig, das mitunter von einer seichten Grube umgeben ist. Der Rand der Colonie ist strahlenförmig. Die Unterfläche ist gelblich. In den folgenden Tagen wächst die Colonie, ohne ihr Aussehen zu verändern. Auf zuckerhaltigen Nährböden wächst der Pilz schneller, aber in gleicher Form. Auf Kartoffeln und Rüben bildet er eine weisse, flaumige Scheibe bis zu 1 Centimeter. Auch bei nachfolgenden Uebertragungen bewahrt der Pilz immer dasselbe Aussehen. Inoculation dieses Pilzes auf Kaninchen war resultatlos, auf dem Arme des Verf. aber bildete sich nach 45 Tagen ein typisches Scutulum. Das mikroskopische Aussehen desselben war das des gewöhnlichen Scutulums. Die Rückimpfung davon auf Nährböden ergab den weissen Pilz, von dem Verf. ausgegangen war. — Verf. schliesst sich daher der Ansicht von Kral an, dass Reinculturen von Achorion im Laufe der Zeit morphologische Eigenthümlichkeiten entwickeln können, die sie sehr von den gewöhnlichen Favusculturen abweichend gestalten können.

L. Philippson (Palermo).

Pelagatti, M. Ueber die Morphologie der Trichophytonpilze. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XXIX.

Als Fortsetzung seiner früheren Untersuchungen über Trichophytonpilze, welche mehr dem Studium der makroskopischen Eigenschaften der Culturen gewidmet waren, hat Verfasser neue Untersuchungen angestellt. Während er sich in seiner ersten Arbeit dahin ausgesprochen, dass mit Ausnahme des sogenannten braungelben Typus die mikroskopische Untersuchung der Culturen keine genügenden Anhaltspunkte zur Differenzirung der einzelnen Trichophytontypen liefere, kommt er jetzt zu dem Schlusse, dass die verschiedenen Typen der von ihm studirten Trichophytonpilze nicht bloss Varietäten ein und derselben Gattung darstellen, sondern selbständige Species verschiedener botanischer Gattungen. Der Complex der unter dem Sammelnamen Trichophytie bekannten Krankheiten wird nach Pelagatti nicht durch einen einzigen specifischen Erreger, das Trichophyton, verursacht, und auch nicht durch verschiedene Pilze derselben Gattung. Er glaubt vielmehr, dass eine Anzahl der in unserer Umgebung lebenden niederen Pilze unter gewissen, bisher unbekannten Ursachen, auf der Haut des Menschen und der Thiere Boden fassen und jene Veränderungen hervorrufen können, die uns unter dem Sammelnamen Herpes tonsurans bekannt sind.

Ludwig Waelsch (Prag).

Romeo, Censi. L'onicogrifosi tricofitica. Giornale Ital. delle mallattie veneree e della pelle. XXXIII. pag 5.

Romeo Censi beschreibt zwei Fälle von Onychogryphosis trichophytica, bei denen die Erkrankung der Nägel die einzige Localisation der Trichophytie darstellte; sodann geht der Verfasser auf die Stellung der Differentialdiagnose zwischen Trichophytie und Favus über und begründet dieselbe 1. klinisch: Favus kommt nie an den Nägeln allein vor, sondern die Erkrankung der Nägel bildet nur eine Begleiterscheinung anderer Krankheitsherde; das Trichophyton dagegen kann einzig und allein an den Nägeln localisirt bleiben. Favus führt nicht zur Hypertrophie der Nägel, sondern zur Atrophie; 2. histologisch: die Elemente des Favus zeigen ausserordentliche Verschiedenheit in Grösse und Anordnung, das Trichophyton dagegen ist mehr gleichförmig; der Favus befällt nur die verhornten Theile, das Trichophyton dagegen auch Derma und selbst Hypoderma, in Folge dessen es zu Hypertrophien kommen kann; diese letztere Ansicht wird durch ein Impfexperiment begründet: in einer in der Cornea eines Kaninchens angelegten Tasche wird eine kleine Menge einer Trichophytoncultur eingebracht; nach 12 Tagen wurde die Cornea excidirt, gehärtet und histologisch untersucht. In der Cornea fanden sich Entzündungserscheinungen und spärliche Sporen des Pilzes; der Verfasser schliesst hieraus auf die Entwickelungsfähigkeit des Pilzes auch ausserhalb des Horngewebes in Derma und Hypoderma. Doch scheint dem Referenten dieses einzige Experiment mit seinem zweifelhaften Resultate — es dürfte sich wohl nur um Reste der eingebrachten Cultur gehandelt haben — nicht geeignet, einen derartigen Schluss zuzulassen.

Th. Spietschka (Brünn).

Hyde, James Nevins und **Hektoen**, Ludwig. A contribution to the study of blastomycetic dermatitis. (British Journal of Dermatology 1899.)

Der von Hyde beschriebene Fall betrifft einen 57jährigen Mann, der mit Tuberculose hereditär belastet war und im September 1898 mit einer seit 5 Jahren bestehenden Affection zur Beobachtung kam, die zuerst am rechten Unterschenkel in Form eines rothen Flecken von 1 Cm. im Durchmesser begonnen hatte. Letzterer breitete sich unter gleichzeitiger Exulceration allmälig aus. Durch einen chirurgischen Eingriff wurde dieses Geschwür zur Heilung gebracht. Vor ca. 2 Jahren trat die Affection in derselben Weise am linken Daumen auf und entwickelte sich weiter über das ganze Dorsum dieser Hand in Form einer scharf abgegrenzten, verrucösen, von einem lividen Hof umgebenen, zum Theile exulcerirten Fläche. Die Folge dieses Processes war eine Contracturstellung sämmtlicher Finger dieser Hand. Die subjectiven Beschwerden bestanden in Jucken, Gefühl von Brennen, Parästhesien, sowie gegen den Oberarm ausstrahlende Schmerzen. Differentialdiagnostisch kam insbesondere Tuberculosis cutis verrucosa und Dermatitis blastomycetica, welche letztere durch Hektoen und Davis durch einen Pilzbefund nachgewiesen wurde. Dieser Pilz wurde als der von Gilchrist und Stokes unter dem Namen „Blastomyces dermatidis" beschriebene erkannt und



konnte von den obengenannten Untersuchern erfolgreich auf Thiere überimpft werden. Im Anschlusse an diesen Fall, bei dem durch Darreichung von Jodkali ein fast völliges Zurückgehen der Affection beobachtet wurde, berichten die Verfasser über die in der Literatur bekannten Fälle dieser Art und empfehlen schliesslich, in ähnlichen Fällen stets die bakteriologische und histologische Untersuchung auf Pilze vorzunehmen, da diese wegen der oft täuschenden klinischen Aehnlichkeit das einzige Mittel ist, Dermatitis blastomycetica von Hauttuberculose sicher zu unterscheiden. Therapeutisch seien in jedem Falle Versuche mit grossen Jodkalidosen empfehlenswerth. Der ausführlichen Arbeit sind 4 anschauliche photographische Tafeln beigegeben. Robert Herz (Prag).

Geschlechts-Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Dr. **Schäffer** in Breslau.)

Geschlechtskrankheiten. Allgemeiner Theil.

Scholtz, W. **Ueber die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter den Studenten.** (Aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Breslau.) Münchener medic. Wochenschrift 1901. Nr. 5.

Eine Gruppe deutscher Hochschullehrer, speciell Hygieniker, hatte bei Beginn des Wintersemesters 1900/1901 einen Aufruf an die akadem. Jugend erlassen, welcher den Zweck hatte, dieselbe über die Gefahren des ausserehelichen Geschlechtsverkehrs zu unterrichten. Kopp hat diesen Aufruf in einer Arbeit über persönliche Prophylaxe (Münchener medicin. Wochenschrift. 1900. Nr. 51) einer ziemlich herben Kritik unterzogen, ihn als Laboratoriumsarbeit und für die Praxis minder werthvoll bezeichnet. Zum Beweise, dass dem nicht so sei, führt Scholtz aus der Studentensprechstunde in Breslau an, dass während früher rund 30% der tripperkranken Studenten sich erst in Behandlung begaben, nachdem mehr als 10 Tage seit der Infection und mehr als 5 Tage seit Wahrnehmung des Ausflusses verstrichen waren, seit der Vertheilung des Aufrufes dieser Procentsatz auf 16% zurückgegangen sei; ferner, dass die 35% der Studenten, welche sich vorzeitig der Behandlung entzogen, auf 17% zurückgingen; dass die ärztlichen Vorschriften genauer beobachtet und daher die therapeutischen Resultate bessere wurden. Auch wegen älterer Gonorrhoen und aus Angst, eventuell sich kürzlich inficirt zu haben, seien jetzt mehr Studenten gekommen als früher. — Allerdings sei der Aufruf nur eine Massregel; andere seien: Verbesserung der Studentenkrankencassen, specielle und genügende Sprechstunden für geschlechtskranke Studenten, öffentliche Vorlesung über die Bedeutung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Dem „Blokusewski“, welcher nicht immer und nicht immer richtig angewendet wird, nur gegen Tripper schützt und jedenfalls nicht von autoritativer Seite bei der Immatriculation den jungen Studenten empfohlen werden kann, ist Verfasser nicht wohlgesinnt.

von Notthaft (München).



Pontoppidan, Erik. Was kann, abgesehen von der Prostitutionsfrage, geschehen, um der Verbreitung der venerischen Krankheiten entgegenzuarbeiten. (Ugeskrift f. Laeger. 1900. Nr. 13.)

Pontoppidan wünscht, dass den Patienten in Skandinavien, die wohl leichten Zutritt zur Gratisbehandlung in den Spitälern haben, die poliklinische Behandlung auch leichter und besser zugänglich gemacht wird. Bessere Locale und andere Stunden, die mit der Arbeitszeit der Arbeiterclasse nicht collidiren, eine bessere und gründlichere Ausbildung der Aerzte in diesen wichtigen Fächern, die absolut Examensfächer (Prüfungsfächer) sein sollten. Man sollte auch dem Publicum Aufklärung über die venerischen Krankheiten durch Vorträge und Vorlesungen geben, sowie durch Vertheilung leicht verständlicher Darstellungen des Wesens der venerischen Krankheiten, deren Ansteckungsgefahren und wie man sich davor hüten kann. Die Krankencassen sollten die venerischen Krankheiten mit anderen Krankheiten in Bezug auf das Erlangen von ärztlicher Hilfe und Krankengelder gleichstellen; sie sollten keine moralisirenden Institutionen sein, sondern Versicherungsanstalten.

C. T. Hansen (Kopenhagen).

Brown, W. Launcelot. A case of Hatpin in the Úrethra. New-York. Med. Journal LXXII. 21. Juli 7. 1900.

In dem Fall Brown's hatte ein 78jähriger Mann wegen erschwerter Harnentleerung sich eine Damenhutnadel mit dem Knopf voran in die Harnröhre eingeführt. Die bis in die Blase gerutschte Nadel wurde durch einen auf die Spitze der Nadel im Perineum gerichteten Schnitt freigelegt und entfernt. H. G. Klotz (New-York).

Casper, L. Zur Pathologie und Therapie der Blasentuberculose. Dtsch. med. Woch. Nr. 41 und 42. 1900.

In 35 verwerthbaren Fällen von Blasentuberculose fand Casper ausser der Blase tuberculös erkrankt in 14 Fällen die Nieren, in 7 die Genitalien, in 5 die Lungen, in 2 Fällen war überstandene oder noch bestehende Gelenktuberculose vorhanden. Ein Lupus und 3 Fälle allgemeiner Tuberculose lagen vor. Nur in 3 Fällen war allein die Blase erkrankt. In 11 Fällen der Nierenerkrankung bestand diese vor der Blasentuberculose, ebenso gingen in 7 Fällen die Affectionen der Genitalsphäre der Blasenkrankheit voran und stets wurde bei Complication von Lungen und Blasenphthise die Lungentuberculose zuerst constatirt. 12 von diesen 35 Patienten hatten zuvor Gonorrhoe durchgemacht. Verf. glaubt, dass die Gonorrhoe der Blase gleich einem Trauma bei belasteten Individuen die Entwicklung der Tuberculose begünstigt. Therapeutisch räth Verf. bei Tuberculose der Blase überhaupt nicht zu cystoskopiren. Neben der allgemein roborirenden Behandlung treten die localen Massnahmen in den Vordergrund. Von den zahlreichen hierfür empfohlenen Mitteln sah er einen Erfolg nur von der Milchsäure und dem Sublimat, während das sonst bei allen Cystitisformen wohl unbestritten beste Mittel, das Argentum nitricum geradezu einen nachtheiligen Einfluss hat und die Beschwerden



steigert. Als souveränes Mittel bewährt sich Sublimat in Form von Instillationen in Lösungen von 1 zu 10.000 bis 1 zu 1000. Mit der fortschreitenden Besserung, wenn der Tenesmus nachlässt, die Mictionspausen grösser und die Schmerzen geringer werden, steigt er mit der Quantität der einzubringenden, in ihrer Concentration schwächer werdenden Flüssigkeit, so dass schliesslich 50 Ccm. einer Lösung von 1 : 10.000 bis 1 : 5000 (selten stärkere) eingespritzt werden. Die Patienten sollen die Flüssigkeit so lange in der Blase halten als sie es ohne grossen Schmerz vermögen. Niemals darf, wie bei andern Cystitiden, die Blase durch Spülungen ausgedehnt werden. Die Instillationen und Einfüllungen dürfen nicht öfter als ein-höchstens zweimal wöchentlich gemacht werden. Augenfällig ist das Nachlassen oder gänzliche Aufhören der Schmerzen. Nicht ganz so prompt lässt der Harndrang nach. Wenn das Sublimat überhaupt wirkt, so thut es das fast mit Sicherheit schon bei der ersten Einträufelung. Eine toxische Wirkung des Sublimats wurde bei dieser Anwendungsweise nie beobachtet.

Max Joseph (Berlin).

Gile, J. M. Tuberculous Disease of the Urinary Apparatus. The Medical News. Band LXXVI. Nr. 16. 1900.

Gile beschreibt drei Fälle von Tuberculose der Niere und einen der Blase und glaubt, dass derartige Fälle viel häufiger sind als allgemein angenommen wird. Sie können binnen kurzer Zeit letal enden oder sich Jahre lang ohne ausgesprochene Symptome hinziehen und scheint Heredität bei denselben eine grössere Rolle zu spielen als selbst bei Lungentuberculose. Es werden hauptsächlich jüngere Individuen befallen und nicht, wie gewöhnlich beschrieben, Personen mittleren Alters.

Louis Heitzmann (New-York).

Alexander, Samuel. Some Remarks on the Pathology and Surgical Treatment of Urinary and Uro-Genital Tuberculosis. The Medical News. Band LXXVII. Nr. 16. 1900.

Primäre Tuberculose des Urogenitaltractes ist nicht so selten wie man bis vor kurzem allgemein annahm, und hält es Alexander für möglich, dass die Tuberkelbacillen durch die Urethra eingeführt werden können und die anderen Theile des Harnapparates secundär durch eine aufsteigende Infection ergriffen werden, obwohl dies gewiss recht selten ist. Im allgemeinen dürfte eine solche primäre Infection wohl durch die Blutcirculation stattfinden, und ist in den meisten, aber nicht in allen Fällen die Niere oder vielmehr das Nierenbecken der primäre Sitz der Urogenitaltuberculose. Es kann Tuberculose der Blase oder Prostata vorhanden sein ohne Niereninfection, obwohl wahrscheinlich die Niere in den meisten Fällen früher oder später doch ergriffen wird. Die Harnblase wird wohl selten primär von Tuberculose befallen, meistens secundär von der Niere oder der Prostata oder Epididymis aus. Es ist von grosser Wichtigkeit, dass die Diagnose frühzeitig gestellt wird, obwohl dies gewöhnlich erst geschieht, nachdem der Process weit fortgeschritten ist, da die ersten Symptome nur auf eine einfache Entzündung oder einen Blasenstein hindeuten. Erst nachdem wiederholte Untersuchungen keine



locale Erkrankung der Blase oder Prostata aufweisen, und die Behandlungserfolge negativ sind, denkt man gewöhnlich an die Möglichkeit einer Tuberculose. Der Process ist dann meist schon auf andere Organe übergegangen, und die Möglichkeit eines erfolgreichen chirurgischen Eingriffes ist verschwunden. Bei allen chronischen entzündlichen Processen der Urogenitalorgane, bei welchen die Natur der Erkrankung nicht ganz klar ist, sollte deshalb der Harn häufig und sorgfältig auf Tuberkelbacillen untersucht werden, und selbst dann, wenn die Bacillen nicht gefunden werden, darf die Möglichkeit einer Tuberculose nicht ausser Acht gelassen werden. Das Centrifugiren erleichtert das Auffinden der Bacillen ganz entschieden. Verfasser bespricht sodann die verschiedenen operativen Eingriffe bei diesen Fällen. Louis Heitzmann (New-York).

Guitéras, Ramon. The Present Status of the Treatment of Prostatic Hypertrophy in the United States. New-York. Med. Journal LXXII. 974. Dec. 8. 1900.

Guitéras unterscheidet conservative und radicale Behandlungsmethoden. Die erstere besteht in der Hauptsache in der Anwendung des Catheters, für die die bekannten Vorschriften gegeben werden. Besondere Besprechung erhalten Anfälle von Retention. Unter den indirecten und directen Operationsmethoden werden nur Bottini und Prostatectomie berücksichtigt, für die Indicationen sind von Wichtigkeit das Alter des Patienten, die Grösse und Form der Prostata und der Zustand der Nieren und Blase. Für grössere Drüsen bei gesunder Niere gibt G. der Prostatectomie den Vorzug und zwar operirt er intravesical etwas abweichend von andern nam. Alexander und Fuller. Mit 2 Fingern der linken Hand im Rectum wird die Prostata dem durch die Blasenwunde eingeführten Index der rechten Hand entgegengedrückt, dann nach Durchtrennung der Kapsel mit der Scheere die einzelnen Drüsenlappen mit dem Finger ausgeschält. Nachdem die nicht unbeträchtliche Blutung durch heisses Wasser gestillt ist, wird auf einer Steinsonde eine Periaenalöffnung in die pars membran. angelegt und ein dickes Drainagerohr durch dieselbe eingeführt. Gleichzeitig wird durch zwei Catheter die Blase von der Bauchwunde aus drainirt. Für die Bottini Operation zieht G. die Lachgasnarcose vor. H. G. Klotz (New-York).

Beck, Carl. The Operation for Hypospadias, with the Demonstration of Three cases Successfully Treated by the Forward Dislocation of the Urethra. New-York. Med. Journal. LXXII. 969. December 8. 1900.

Beck empfiehlt wiederum die vom ihm zuerst empfohlene und zur erfolgreichen Anwendung gebrachte Operationsmethode der Hypospadie, welche in Lospräparirung und Vorwärtslagerung der ganzen Harnröhre bis zur natürlichen Oeffnung in der Spitze der glans besteht. Bei der grossen Dehnbarkeit der Harnröhre lasse sich die Operation namentlich bei Kindern auch da anwenden, wo die Hypospadie oberhalb der Glans am Penis selbst schon gelegen sei; bei Erwachsenen in solchen Fällen müsse man jedoch auf eine längere, event. operative Nachbehandlung



etwaiger Peniskrümmungen im Zustand der Erection vorbereitet sein. Ueber die Einzelheiten der Operation ist das Original einzusehen.

H. G. Klotz (New-York).

Baldwin, Helen. An Experimental Study of Oxaluria with Special Reference to its Fermentative Origin. Journal of Experimental Medicine V. 1. pag. 27. Octob. 1. 1900.

Baldwin sucht hauptsächlich die Frage zu beantworten, ob Oxalsäure wirklich im lebenden Körper gebildet werde oder ob alle im Urin ausgeschiedene Oxalsäure mit der Nahrung eingeführt werde, ferner den Einfluss der Einführung von Oxalsäure in der Nahrung auf die Ausscheidung derselben im Urin zu untersuchen, ebenso wie die physiologische Wirkung löslicher Oxalate, namentlich mit Rücksicht auf die Frage, inwieweit die Gegenwart von Oxalsäure im Körper für die der Oxalsäure-Diathese zugeschriebenen Symptome verantwortlich ist. Die Untersuchungen ergaben, dass die normale tägliche Oxalsäureausscheidung je nach der in der Nahrung aufgenommenen Menge wechselt, von einigen Milligramm bis zu 2—3 Centigramm, gewöhnlich unter 10 Milligramm beträgt. Im gesunden Zustand wird keine oder höchstens eine Spur Oxalsäure im Körper gebildet, dagegen ist dies der Fall bei gewissen klinischen Verdauungsstörungen, die mit Abwesenheit freier Salzsäure von dem Magensaft einhergehen. Diese Oxalsäurebildung im Körper ist verbunden mit Gährungsvorgängen im Verdauungscanal. Bei Hunden führt länger fortgesetzte Fütterung mit übergrossen Mengen von Glucose gleichzeitig mit Fleisch schliesslich zu einem Zustande von Oxalurie. Diese experimentelle Oxalurie verläuft mit schleimiger Gastritis und Mangel freier Salzsäure im Mageninhalt. Die durch übermässige Zuckerfütterung bewirkten Gährungserscheinungen, welche von der Bildung von Oxalsäure im Mageninhalt begleitet sind, sind als Ursache der Gastritis und der Oxalurie anzusehen. Die der oxalsauren Diathese zugeschriebenen Symptome mit Ausnahme der durch localen Reiz im Genito-urinaltract hervorgebrachten scheinen nicht von der Gegenwart löslicher Oxalate im Körper herzurühren, sondern hängen wahrscheinlich von andern Gährungs- und Fäulnissproducten ab. Hermann G. Klotz (New-York).

Lohnstein, H. Ueber die Reaction des Prostatasecretes bei chronischer Prostatitis und ihren Einfluss auf die Lebensfähigkeit der Spermatozoën. Dtsch. Med. Woch. 52. 27. Dec. 1900.

Lohnstein kommt nach seinen Untersuchungen zu dem Schlusse, dass bei chronischer Prostatitis das Secret meist sauer reagirt. Der Eitergehalt beeinflusst die Acidität nicht wesentlich. Die Reaction des Prostatasecretes hat keinen merkbaren Einfluss auf die Lebensfähigkeit der Spermatozoën. Retinirtes Hodensecret scheint die secretorische Thätigkeit der Prostata zu steigern. Max Joseph (Berlin).

Yohimbin (Spiegel). Ein neues Aphrodisiacum. (Therapeut. Monatsh., Heft 11, 14. Jahrgang.)



Yohimbin ist ein Alcaloid des in Westafrika heimischen Yohimbehebaumes. Bei Einspritzung des Chlorhydrates von 0·005—0·01 zeigt sich an Versuchsthieren eine meist mehrere Stunden anhaltende Lebhaftigkeit und Munterkeit. 6—15 Minuten nach der Injection beginnt ein Wachsen der Hoden und Nebenhoden. Hierauf setzt eine Röthung des Penis ein, der beim Kater zuweilen, beim Hunde in der Regel eine Erection folgt. Selbst bei 4 Wochen dauernder täglicher Wiederholung der Injection bot sich dasselbe Bild, während sich nach Ablauf der Erscheinungen stets wieder normales Verhalten einstellte. Bei Versuchen an Menschen zeigte sich bei Impotenz durch Tabes oder anderweitige organische Erkrankungen keine Beeinflussung, dagegen deutlich erkennbarer Nutzen bei Impotenz durch reizbare Schwäche. Die Wirkung tritt meistens erst nach wochenlangem Gebrauch ein. Als Verabreichung empfehlen sich die von der chemischen Fabrik Güstrow unter der Bezeichnung „Dr. Spiegel's Yohimbintabletten" hergestellten Tabletten, von denen 3 Mal täglich eine zu nehmen ist.

Hugo Goldschmidt (Frankfurt a. M.).

Heimann, Sigmund. Einige Fälle von Steinen in der Urethra. Inaug.-Diss. Strassburg 1898.

Heimann berichtet über 5 Fälle von Urethralsteinen, wovon einer bei einem 2½ jährigen Jungen, ein anderer nach einer Verletzung des Dammes und vorausgegangenen Operationen entstanden, die übrigen bei älteren Männern mit Lithiasis. In einem Falle gingen die Steine spontan ab, in den anderen wurde die Urethrotomia externa gemacht.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Nogués, Paul und **Wassermann,** Melville. Ueber einen Fall von Infection der hinteren Harnröhre und der Prostata hervorgerufen durch eine besondere Mikroorganismenform. Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. Bd. XXVI. pag. 336.

Nogués und Wassermann berichten über einen Kranken, der, ohne inficirt zu sein, Prostatabeschwerden bekam, und in dessen Prostatasecret ein Diplococcus gefunden wurde, der wohl dem Gonococcus ähnlich war, aber nicht mit diesem identificirt werden darf. Die Autoren fassen ihre Resultate dahin zusammen, dass es eine Entzündung der hinteren Harnröhre und der Prostata gibt, welche durch einen Diplococcus verursacht wird, der sich nach Gram entfärbt und dem Gonococcus ähnlich ist. Keiner der bisher bekannten Diplococcen lässt sich mit dem von den Autoren gefundenen identificiren. Vom Gonococcus unterscheidet er sich durch die Cultur. Die Autoren halten die Aufstellung der Gruppe Pseudogonococcen für unberechtigt. Wolters (Bonn).

Trotta, Giuseppe. Un caso di carcinoma della glandola del Bartolini. (Arch. di ostetricia e ginecologia. 1900. April.)

Die histologische Untersuchung eines Tumors, der sich bei einer 30jährigen Frau an der inneren Seite der rechten grossen Schamlippe langsam entwickelt hatte und der von Prof. Morisani excidirt wurde, ergab Trotta die Structur eines Carcinoms, das von den Drüsenschläuchen



der Bartholinischen Drüse ausgegangen war. Bisher sind von derartigen Fällen nur 9 in der Literatur bekannt. Louis Philippson (Palermo).

Marchesi, Pietro. Vaginite verrucosa. (Arch. di Ostetricia e Ginecologia. 1900. Nr. 1 und 2.)

Marchesi beschreibt unter dem Namen verrucöse Vaginitis eine Veränderung der Schleimhaut, bei welcher die Oberfläche schmutziggrau, trocken und warzig war. Daran litt eine 44jährige verheiratete Frau seit mehreren Jahren und die in Anwendung gezogenen Mittel (meistens Aetzmittel) waren erfolglos geblieben. Erst durch Auskratzung mit dem scharfen Löffel konnte definitive Heilung erzielt werden. Die histologische Untersuchung ergab eine Hypertrophie aller Schichten der Epidermis und der Papillen und eine mässige Entzündung der oberflächlichen Bindegewebsschichten. Louis Philippson (Palermo).

Kolischer. Das retrostricturale Oedem der weiblichen Blase. (Centralbl. für Gynäkologie. 1900. Nr. 17.)

Nach Kolischer's Ansicht gibt es zweifellos in der weiblichen Harnröhre Stricturen, welche unabhängig von den uns als Ursachen geläufigen Entzündungs- oder Vernarbungsprocessen entstehen. Sie sind erzeugt durch fibröses, spangenförmig in die Urethralwand eingelagertes Gewebe und tragen alle Zeichen der sogen. elastischen Stricturen an sich; sie werden mittels Olivenbougies diagnosticirt; endoskopisch manifestiren sie sich „durch das Vordringen von weisslichen, glänzenden Leisten". Während solche Stricturen in manchen Fällen symptomlos verlaufen können, erscheinen in anderen Fällen sehr schwere Symptome: Harndrang, Kitzeln der Blase, Trübung des Urins mit Epithelfetzen und Detritus, später heftige Schmerzen, Beimengung von nekrotischen Gewebstrümmern und Eiter, auch Blut zum Urin. Bei der cystosk. Untersuchung findet man nun ein Oedem der inneren Harnröhrenmündung; diese ist gequollen, „plumb formirt" und weisslich gefärbt. Kommt es zum Zerfall des Gewebes, so findet man ein wie mit einem Locheisen herausgeschlagenes Geschwür innerhalb der ödematösen Zone von bedeutender Tiefe und schmierig belegtem Grund. Heilung dieser Erscheinungen gelingt nur nach Beseitigung der Strictur mittels innerer Urethrotomie.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Jullien. Les vénériennes à Saint-Lazare. (Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1899. pag. 614.)

Jullien hat eine statistische Zusammenstellung von 1000 in Saint-Lazare behandelten Prostituirten aufgestellt, von denen nur 17·7% eingeschrieben waren; das Alter variirte in der Mehrzahl zwischen 17 und 20 Jahren, eine Patientin war 12, eine andere 63 Jahre. Unter 651 Fallen von Gonorrhoe waren 57% controlirte und 68·1% nicht controlirte Frauenzimmer, ein Umstand, den Jullien als Beweis für den günstigen Einfluss der Controle anführt. Syphilis wurde in 42·1% constatirt, Ulcus molle in 3·8%, Scabies in 6%. Das Hauptcontingent für Lues stellten die Prostituirten im Alter zwischen 17 und 20 Jahren. — Die Aufenthalts-



dauer betrug 133 Tage durchschnittlich; die Therapie bei Lues bestand fast ausschliesslich in Injectionen von Calomel oder grauem Oel.

Paul Neisser (Beuthen o. S.).

Sarrante. Epithéliomatose latente du pénis. Généralisation (Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1899. pag. 456.)

Sarrante macht auf den, wie es ihm scheint, nicht so seltenen Zusammenhang zwischen congenitaler Phimose und Epitheliom des Penis aufmerksam und berichtet zum Beweise dafür 2 Krankengeschichten, von denen die erste, ausführlich berichtete, einen 35jährigen Patienten betraf. dessen linksseitige Inguinaldrüsen schon 9 Monate vorher vereitert waren und bei dem rechts ein fluctuirender Bubo bestand. Bei der Circumcision zeigte sich ein Epitheliom des Penis, und die mikroskopische Untersuchung ergab auch Carcinomatose der Inguinaldrüsen. Der zweite Patient, 54 Jahre alt, zeigte nur ein locales Epitheliom des Penis, welches erst durch eine starke Blutung entdeckt wurde, und blieb nach der Amputation zwei Jahre recidivfrei. Paul Neisser (Beuthen o. S.).

Gonorrhoe und deren Complicationen.

Homberg, Dr. E. Zur Gonococcenfärbung. Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. Bd. XXVII. pag. 533.

Homberg empfiehlt zur Färbung der Gonococcen Kresylechtviolett (Leonhard-Mühlheim) in einer Lösung von 1 : 10.000, wodurch die Mikroorganismen rothviolett, die Zellkerne mattblau gefärbt werden. Andere Bakterien sind theils ganz schwach, theils gar nicht gefärbt. Schnitte werden einige Minuten in 1% Lösung gefärbt, dann in Alkohol, Anilinöl-Xylol 2 : 1 gebracht. Ist der Schnitt stark überfärbt, so genügt Alkohol allein zum Entwässern ohne Gefahr der zu starken Entfärbung. Benutzt man sehr verdünnte Lösung, so entwässert man direct in Anilinöl-Xylol 1 : 1. Der Farbstoff eignet sich auch zur Färbung von Amyloid, Mastzellen, Blutpräparaten, Malariaplasmodien, und lässt sich zur Gramschen Färbung benutzen. Wolters (Bonn).

Thalmann. Züchtung der Gonococcen auf einfachen Nährböden. Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. Band XXVII. pag. 828.

Thalmann hat, angeregt durch Ficker's Untersuchungen, die Züchtung der Gonococcen auf Gehirnstücken versucht und schon nach 24 Stunden ein deutliches Wachsthum gefunden. Der Autor trat darauf der Frage näher, andere saure Nährböden zu versuchen, da, wie schon Ficker angab, das Hirn ein exquisit saures Medium ist. Zur Bestimmung der Säure wurde das Phenolphtalein als Indicator benutzt. Das Pferdehirn gab in den flüssigen Bestandtheilen der Colatur 1·4 Ccm. Normalsäure. Thalmann stellte fest, dass auf $^1/_2$ und $^1/_4$ saurem Fleischwasseragar das Wachsthum ein vorzügliches war, auf ganz saurem und



$^3/_4$ saurem ausblieb. Genaue Angabe für Anfertigung des Nährbodens ist im Original einzusehen. Derselbe eignet sich nur für diagnostische Zwecke, zum Weiterzüchten ist Serum nöthig (am besten Schweineserum), dem $^2/_3$ saure Bouillon zugesetzt wurde. In Bouillon tritt das beste Wachsthum ein, wenn 70% der Gesammtsäure neutralisirt war. Mischung von 7 Theilen neutraler und 3 Theilen saurer Bouillon führt nicht zum Ziele, es entsteht eine Mischung aber keine gegenseitige Umsetzung. Aus den Untersuchungen geht hervor, dass die Gonococcen zum Wachsthum einer Mischung von neutralen und zweibasigen Phosphaten benöthigen. Aus diesem Grunde eignet sich auch der Wassermann'sche Nährboden zur Züchtung, dem in der Nutrose saure und neutrale phosphorsaure Salze zugefügt sind. Eventuell wäre derselbe durch Anwendung von $^2/_3$ neutralisirter Bouillon zu verbessern. Wolters (Bonn).

Jundell, I. Experimentelle und klinische Untersuchungen über Gonococcus Neisser. Mittheilung aus der medicinischen Klinik des Seraphimerlazarettes. Hygiea 1900, Bd. LXII, 1, pag. 604—645.

Die Resultate der Untersuchungen Jundell's sind kurz folgende: Die einzigen zuverlässigen Substrate für Gonococcenzüchtung sind diejenigen, welche aus Mischungen von Peptonagar (bezw. Peptonbouillon) und eiweisshaltigen Flüssigkeiten vom Menschen (Blut, Serum, Transsudat oder Exsudat) in geeigneten Proportionen bestehen. Will man Meningococcen nachweisen, darf man für die Cultur nicht Agar allein anwenden, sondern ebenfalls Blutagar oder Serum- bezw. Ascitesagar. Zwischen den Gonococcen und Meningococcen gibt es so grosse Aehnlichkeiten, besonders auch betreffend deren Verhalten zu den Züchtungssubstraten, dass man stets an die Möglichkeit einer Verwechslung dieser beiden Mikroorganismen denken muss. Das bisher beste Differentialdiagnosticum ist ihre verschiedene Empfindlichkeit gegen höhere Temperaturen, wenigstens wenn es sich um dieselbe Generation handelt. Die Gonococcen rufen bei den Versuchsthieren keine Infection hervor, sondern nur eine Intoxication. Das negative Resultat bei den Versuchen, Thiere mit Gonococcen zu infectiren, ist nicht von der relativ hohen Körpertemperatur der Versuchsthiere abhängig. Die Intoxication kommt nicht von einem von den Gonococcen während und durch deren Lebensthätigkeit abgesonderten Gift her, sondern beruht auf einem an den Bakterienkörper gebundenen Gift, welches erst bei dem Tode und Zerfall der Bakterie von demselben frei wird. Die in den Gonococcenculturen vorhandenen, auf die Versuchsthiere wirkenden Gifte sind nicht specifisch. Die Immunisirungsversuche bei Thieren mittels Gonococcenculturen sind negativ ausgefallen. Secret von der Urethra und Bartholini'schen Drüsen, welches nur Epithelzellen oder überwiegend Epithelzellen und nur sehr sparsam Leukocyten enthält, enthält keine Gonococcen. Gonococcen sind bei mehreren Metastasen sicher nachgewiesen worden. Die Zahl der Gonococcen in einem metastatischen Herde wird oft durch vorhergehende Punctionen des Herdes mit oder ohne antiseptische Spülung

vermehrt. Fibrinopurulente Flocken, welche sich im Exsudat des Herdes befinden, wie auch die innere Waud des Herdes, enthalten oft Gonococcen in besonders reichlicher Menge. Man findet oft Gonococcen in verdächtigen Metastasen, auch wenn solche nicht in dem primären Infectionsherde oder in den Theilen, wohin sich die gonorrhoische Entzündung direct fortzuleiten pflegt, nachgewiesen werden können.

Sederholm (Stockholm).

Richter: Ueber die Anwendung des Neutralroth zur Gonococcenfärbung. (Dermatol. Zeitschr. 1900. Heft 2.)

Der Verfasser bespricht die von Uhma und Plato benützte Methode der Färbung (ohne Fixirung) und spricht derselben jeden praktischen Werth ab, indem sie weder schneller noch instructiver ist als die alten Methoden. Fritz Porges (Prag).

Prestinary, Teodoro. Statistisches über Behandlung der Gonorrhoe. (Inaug.-Diss. Strassburg 1899.)

Eine Zusammenstellung von 592 Fällen von Gonorrhoe, darunter 489 Fälle acuter Gonorrhoe, von denen 455 durchschnittlich in 3—4 Wochen heilten. Bei 40 Fällen traten Complicationen auf — ein sehr geringer (6·5%) Procentsatz. Prestinary beschreibt dann noch ausführlich die in der Strassburger Klinik angewandten Mittel und Methoden zur Behandlung der acuten Gonorrhoe.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Wossidlo, H. Die Bedeutung des Gonococcus für die Therapie der chronischen Gonorrhoe. Deutsche Med. Wochsch. 29. November 1900. Therapeut. Beil. 6.

Es gelang Wossidlo bei 30 Fällen von Urethritis chronica anterior, davon 5 mit harten stricturirenden Infiltraten, 25 mit weichen Infiltraten und zahlreichen Drüsen, alle Patienten bis auf einen mit Dilatationsbehandlung in 8 bis 16 Wochen zu heilen. Dieser Eine unterbrach die Cur vorzeitig. Verfasser betont, dass das Fehlen der Gonococcen im Secrete nicht ausschliesse, dass dieselben noch tief in der Urethralschleimhaut oder in den Drüsengängen verborgen sässen, und dann bei einer Dilatation wieder zum Vorschein kämen. Nach seinen Erfahrungen ist aber die Anwesenheit von Gonococcen im Secrete oder in den Filamenten der chronischen Gonorrhoe keine Contraindication gegen die Dilatationsbehandlung. Umgekehrt verschwinden die Gonococcen aus dem Secrete oder den Filamenten rascher bei Dilatationsbehandlung, und durch die letztere wird trotz anfänglicher Anwesenheit der Gonococcen die Heilung der chronischen Gonorrhoe eher beschleunigt.

Max Joseph (Berlin).

Ducoudray: Traitement de la blennorrhagie par le Santalol-β. Thèse de Paris 1900. Nr. 321. Ref. nach Gaz. hebd. de med. et de chir. 1900. Nr. 54.

Ducoudray empfiehlt das Santatol-β, eines der activen Bestandtheile des Sandelöls, als ein ausgezeichnetes Balsamicum, von dessen Anwendung er bei der Blennorrhagie von der 3. Woche an, also wenn



sich die entzündlichen Erscheinungen gelegt haben, vorzügliche Erfolge gesehen hat. Es wird in Gelatinekapseln à 0·25 verordnet, 4 Kapseln pro die, steigend auf 8, auch 10 Stück, in Zwischenräumen von 2 Stunden zu nehmen. Selbst 12 Stück, also 3·0 Santalol, machten keinerlei Nebenerscheinungen. Ebensowenig konnten Schädigungen beim Thierexperiment festgestellt werden. Verfasser hat das Präparat mit gutem Erfolg auch gegen die Schmerzen beim Beginn der Gonorrhoe und gegen die nächtlichen Pollutionen gegeben (0·5 pro die), und ferner Cystitiden, gonorrhoische und nicht gonorrhoische, durch 1·5—2·0 pro die günstig beeinflusst. Victor Lion (Mannheim.)

Rothschild, A. Die Diagnose und Therapie der gonorrhoischen Prostatitis. Deutsche Med. Wochschr. 27. September 1900. Therap. Beil. 5.

Rothschild betont, dass wegen der seltenen Möglichkeit Obductionsbefunde mit klinischen zu vergleichen, wir nur wenig von der Intensität und Verbreitung der anatomischen Veränderungen bei dieser Erkrankung wissen. Er unterscheidet mit Finger „1. den einfachen, desquamativ eitrigen Katarrh, ohne per rectum nachweisbare Oberflächenveränderung der Drüse, 2. die folliculäre Abscessbildung mit vorübergehend per rectum zu fühlender Knötchenbildung in der Prostata, 3. die parenchymatöse Prostatitis mit der palpatorisch sehr manifesten Volumenzunahme der Drüse, 4. die periprostatische Entzündung." Diese Eintheilung betrifft acute Veränderungen. Die anatomischen Beobachtungen der chronischen Prostatitis genügen nicht, um eine pathologische Anatomie aufzustellen. Das aus der Prostata auszupressende Secret enthält nichts, was für die Differenzirung der Prostatitisformen massgebend wäre. Die subjectiven Beschwerden sind nicht durchaus pathognomonisch, da sie selbst bei grösseren Veränderungen fehlen können, ebenso hält man die Prostatorrhoe nicht mehr für allzubedeutend zur Feststellung der Diagnose. Hervortretender sind die Rectalpalpation, die mikroskopische Untersuchung des Prostatasecrets und die Urinprobe. Bei dem vom Verfasser empfohlenen Prostatakühler ist das Metallrohr mit schlecht wärmeleitendem Material (Hartgummi) bekleidet, so dass nur vorn, der Grösse und Lage der Prostata bei eingeführtem Instrument entsprechend, eine Metallplatte frei bleibt. Max Joseph (Berlin).

Bernart, William F. „Floaters" in the Urine. New-York Med. Journal. LXXII. 58. Juli. 14. 1900.

Bernart bezeichnet als „Floaters" die gemeinlich als Tripperfäden bekannte Erscheinung. Auf Grund der Untersuchung von 50 Fällen (nur Fäden in sonst klarem Urin) kommt er zu folgenden Schlüssen: Das specifische Gewicht des Urins spielt eine wesentliche Rolle bei dem Verhalten der Fäden, ebenso die Bestandtheile der Fäden selbst (Eiter), es kommt aber noch ein drittes, mechanisches Moment  dazu, welches bedingt, dass die Fäden in verschiedener Tiefe im Urin suspendirt

bleiben, denn in filtrirtem Urin sinken alle Fäden mit Ausnahme von ganz leichten Schleimflocken rasch zu Boden.

H. G. Klotz (New-York).

Melchior, Max: Ueber Prostatitis. (Ugeskrift f. Laeger. 19. Jannuer 1900).

Melchior macht aufmerksam darauf, wie häufig die Prostata bei Urethritis posterior afficirt ist; man muss immer, besonders bei einer langwierigen Entzündung seine Aufmerksamkeit darauf gerichtet haben, und eine genaue Untersuchung der Prostata vornehmen. Er führt ein paar Krankengeschichten an, wo alle die classischen Symptome einer Cystitis vorhanden waren, wo aber doch keine Blasenentzündung, sondern eine Prostatitis acuta vorlag. Zwei Gläserproben ergaben eiterhaltigen trüben Harn in beiden Gläsern, aber bei der Kateterisation zeigte sich der Harn als vollständig klar und steril in der Blase. Melchior rathet aber davon ab, in einem solchen Falle zu kateterisiren oder zu cystoscopiren; man muss genau untersuchen, und wenn man eine Affection der Prostata und gleichzeitig keine Empfindlichkeit über der Symphyse findet, so ist die Wahrscheinlichkeit einer Prostatitis ohne Cystitis vorhanden; aber diese kann ja leicht kommen und zwar durch directe Verpflanzung durch die Schleimhäute, oder durch Durchbruch eines Abscesses in die Blase. C. T. Hansen (Kopenhagen).

Cabot, Follen. The Treatment of Various Long-standing Sexual and Urinary Symptoms in the Male. New-York Med. Journal. LXXII. pag. 931. Decbr. 1. 1900.

Cabot berichtet über einige Fälle von chron. Prostatitis und Vesiculitis seminalis. Er betont die Nothwendigkeit eingehender Untersuchung in allen Fällen, wie sie eigentlich selbstverständlich sein sollte. Der Zustand der Cowper'schen Drüsen soll durch die Untersuchung per Rectum festgestellt werden (?). H. G. Klotz (New-York).

Köppen, A.: Zur Diagnose und Prognose der Gonorrhoe des Mannes. Münchener Medicinische Wochenschrift 1901. Nr. 5.

5 Beobachtungen aus der Praxis. 1. Fall: Harnröhrenausfluss, welcher zuerst irrthümlich für Gonorrhoe gehalten wurde, bei mikroskopischer Untersuchung jedoch als Tuberculose der Harnwege erkannt wurde. 2. Fall: Phthisiker, bei welchem „in Gedanken" die Diagnose „Tuberculose der Harnwege" gestellt wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab Gonorrhoe. 3. Fall: Bei einem Patienten, welcher wegen acuter Gonorrhoe behandelt worden war, zeigten sich 8 Jahre hindurch die Spuren einer zeitweiligen exacerbirenden chronischen Gonorrhoe, die aber von dem Verfasser, da Gonococcen immer fehlten, anders gedeutet wurde, so dass der Patient den Rath erhielt, sich um seinen Zustand, der harmlos sei, weiterhin nicht zu kümmern. Im 9. Jahr wurde dann von einer schmerzhaften Stelle der Harnröhre Epithelgewebe entfernt, welches Gonococcen enthielt. Da Neuinfection inzwischen nicht stattgefunden haben soll, wird Gonorrhöa chronica-ulcerosa angenommen. 4. Fall: Der gleiche Befund, welcher in einer Strictur, der Folge einer



vor 6 Jahren erworbenen Gonorrhoe, erhoben wurde. 5. Fall: Chronische fünfjährige Gonorrhoe eines Phthisikers, mit gonorrhoischer Kniegelenksentzündung vergesellschaftet. Die Diagnose wurde gestellt aus der Configuration des Gelenkes, der Erfolglosigkeit einer Arthritisbehandlung und dem Eintritt der Heilung bei Eintritt der Heilung der Gonorrhoe. Gonococcen haben im Secret immer gefehlt. Der Verfasser verfolgt bei seiner Arbeit die Tendenz, zu zeigen, dass auch der praktische Arzt mittels Mikroskop, Farbtopf und Knopfsonde exacte Diagnosen stellen könne, und dass das Endoskop und die Cultur, deren Werth er nicht leugnet, bis zu einem gewissen Grad ersetzbar sind. Seine weiteren Ausführungen über Färbung von Gonococcen, Tuberkel- und Smegmabacillen, Behandlung von Tripperfäden und Mikroskop dürften für die Leser dieses Archivs schon zu bekannt sein, um ein Referat zu rechtfertigen. Er bezweifelt, dass die Gonococcen in die fixen Zellen des Granulationsgewebes eindringen können. Nur bei den Tripperfäden erlaube ein beständiges negatives Ergebniss der Untersuchung auf Gonococcen, den Heiratsconsens zu geben, bei Ausfluss dagegen müsse man, wie die mitgetheilten Fälle lehren, die Frage nach der Ansteckungsfähigkeit mit einem non liquet beantworten. von Notthafft (München).

Thompson, J. M. Acute Traumatic Prostatitis of External Origin, Involving the Bladder and Seminal Vesicles. New-York Med. Journal LXXII. 6. Juli 7. 1900.

In dem ausserordentlich ausführlich beschriebenen Falle Thompson's handelte es sich um eine acute parenchymatöse Entzündung der gesammten Prostata mit Betheiligung der Samenbläschen in Folge einer Verletzung des Perineum durch Stoss durch den Sattelknopf des Zweirads. Aeussere Umstände machten den Verlauf zu einem ziemlich protrahirten, doch trat völlige Heilung ein. Neue oder originelle Gesichtspunkte betreffend die Behandlung weist der Artikel nicht auf.

H. G. Klotz (New-York).

Eastman, J. Ritus. „Thimbles" for Massage and Stripping of the Seminal Vesicles. New-York Med. Journal. LXXII. 707. Oct. 27. 1900.

Eastman hat für die Massage und Ausdrücken des Inhalts der Samenbläschen ein Metallinstrument, c3" (8 Centim.) lang, angegeben, welches, wie ein Fingerhut dem untersuchenden Finger aufgesetzt, denselben hinreichend verlängert, um die vesic. semin. ganz zu umgreifen, während unter gewöhnlichen Umständen der Finger allein nicht mehr als die Hälfte der vesicul. zu erreichen im Stande ist.

H. G. Klotz (New-York).

Guiteras, Ramon. The Relation of Seminal Vesiculitis to Impotence. New-York Med. Journal. LXXII. 23?. Aug. 11. 1900.

Guiteras ist der Ansicht, dass in einer grossen Anzahl von Fällen atonischer Impotenz (mangelhafte Erectionen oder frühzeitiger Samenerguss) Entzündung der Samenbläschen eine wesentliche Rolle spielen, und dass Behandlung derselben günstige Resultate liefert. Unter-



suchung per rectum kann verschiedene Resultate geben: Erweiterung der Vesiculae durch angesammeltes Secret, das durch Massage ausgedrückt in ziemlicher Menge im Urin erscheint, oder Erweiterung mit teigigem Zustand, oder ausgesprochene Entzündung mit Verdickung und unregelmässiger Form und bedeutender Empfindlichkeit oder Atrophie mit Schmerzhaftigkeit. Die Behandlung besteht in sexueller Enthaltsamkeit, innerlich im Falle stark sauren Urins Mittel zu dessen Neutralisation, jeden Abend Irrigation des Rectum vermöge eines doppelläufigen Recto-genitalspüler mit Normalsalzlösung oder durchgeseihtem Leinsamenthee von 105—120° F., alle 5 Tage Massage der inneren Genitalorgane event. mit nachfolgender Ausspülung der Urethra, wo Erscheinungen von Prostatitis oder Urethritis vorhanden. Nach Beseitigung der entzündlichen Erscheinungen tritt die Anwendung von Tonicis (Strychnin Eisen, Phosphor etc.) in ihre Rechte. Die Geschichten von 7 Patienten erläutern die Wirkung dieser Behandlung.

H. G. Klotz (New-York).

Echtermeyer: Indurationen im Corpus cavernosum. (Dermatol. Zeitschr. Bd. VI. 1899.)

Bei einem 5/4 Jahre vorher gonorrhoisch inficirten Manne tritt unter heftigem Schmerze während einer Erection ein Infiltrat auf, welches zur Knickung des Penis führt. Unter Dehnungen und heissen Ausspülungen tritt Verschlimmerung ein. Unter Fango-Einpackungen geringe Besserung. Nach 6monatlicher Massage Heilung. Patient heiratet; kein Recidiv.

Fritz Porges (Prag).

Bierhoff: Bericht über einen Fall von Cystitis gonorrhoica. (Dermatol. Zeitschr. 1900. Heft 3.)

Es handelt sich um eine Frau, die seit längerer Zeit an Vaginalausfluss leidet, plötzlich über Harndrang klagt. Im Secret der Urethra und Vulva Gonococcen, ebenso im Sediment des trüben Harnes, der nach gründlicher Ausspülung der Urethra mit dem Catheder entnommen wurde; das cystoskopische Bild zeigt zahlreiche Ecchymosen auf der sonst normalen Blasenschleimhaut; nach Ausspülungen mit 1/2% Protargol-Lösung schnelle Heilung.

Fritz Porges (Prag).

Stinson, J. Coplin. Acute Gonorrhoeal Arthritis etc., of the left Shoulder, which necessitated Operation and was followed by Rapid Recovery. New-York Med. Journal. LXXII. 20. Juli 7. 1900.

In dem von Stinson berichteten Fall erschien die Gelenkaffection im Gefolge einer acuten Prostatitis, die ungefähr 4 Wochen nach Beginn der Gonorrh. auftrat. Die bei der Incision des Gelenks entleerte Flüssigkeit scheint trüb, aber nicht rein eitrig gewesen zu sein, die bei der Operation am 10. Juni aus der Gelenkhöhle liess keine Gonococcen erkennen, wohl aber die 2 Tage später entnommene. Heilung der Wunde bis 20. Juli.

H. G. Klotz (New-York).



Porter, Charles A. Septic and Gonorrhoeal Joints. Boston Med. & Surg. Journ. Band CXLIII. Nr. 16. 1900.

Nach Beschreibung verschiedener Fälle von Arthritis gonorrhoica kommt Porter zu folgenden Schlüssen:

1. Der Gonococcus kann allein eine eiterige Arthritis hervorrufen.

2. Arthritis gonorrhoica kommt nicht nur bei acuter Gonorrhoe, sondern auch bei chronischen oder latenten Fällen vor, und dauern letztere viel länger als allgemein angenommen wird.

3. Die Symptome einer derartigen chronischen Infection sind häufig so gering, dass sie vom Patienten sowie vom Arzt leicht übersehen werden können.

4. Eine Anzahl Fälle werden deshalb als gewöhnlicher Gelenksrheumatismus diagnosticirt, welche in Wirklichkeit gonorrhoischen Ursprunges sind. Louis Heitzmann (New-York).

Wassermann M. Ein durch Gelingen der Reincultur bewiesener Fall von Endocarditis gonorrhoica. Aus dem pathologischen Institute der Universität Berlin. Münchener Medicinische Wochenschrift. 1901. Nr. 8.

Ein 27jähriger Mann, welcher 3 Monate vor seinem Tode Gonorrhoe acquirirt hatte, dann aber sich seit 6 Wochen wegen Aufhören jeden Ausflusses für geheilt hielt, erkrankte plötzlich an den Erscheinungen einer acuten eitrigen Prostatitis, welche in wenig Tagen septische Erscheinungen und Tod herbeiführte. Soweit die Krankengeschichte Aufschluss gibt, hat man es nicht für nöthig gehalten, die Prostata einer Untersuchung zu unterziehen, dafür aber um so gründlicher katheterisirt. Auf dem Sectionstisch fand man: Prostatis purulenta apostematosa, Nephritisa apostematosa, Endocarditis verrucosa aortica, von welchen Dingen, wie es scheint, nichts diagnosticirt war. Die Untersuchung der Auflagerungen auf den Aortenklappen ergab Gonococcen, sowohl durch die Färbung, wie durch die Cultur, wie durch den Thierversuch. Weder das Fieber, noch die mehrstündige Aufbewahrung des Herzens im Eisschrank waren dem Gelingen der Cultur hinderlich. Es dürfte also lediglich Wachsthumsenergie und Menge der Coccen und das Stadium der Infection zur Zeit des Todes die Culturergebnisse beeinflussen.

von Notthafft (München).

Doléris: Infection blennorrhagique généralisée. Soc. d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris. 1. VI. 1900. Gaz. hebdom. 1900. Nr. 47.

Doléris berichtet über einen Fall allgemeiner Gonococceninfection bei einer Schwangeren. Die hauptsächlichsten Symptome waren hohes Fieber, Schmerzen beim Uriniren, multiple Gelenkschmerzen, Pleuropneumonie, Pericarditis. 4 Tage vor dem Exitus trat ein polymorphes Exanthem über den ganzen Körper auf. Schon bei Lebzeiten — und auch in der Agonie — wurden im Blute (vena basilica) Gonococcen nachgewiesen. Bei der Autopsie fanden sich neben den Erscheinungen in der Urethra zahlreiche Abscesse im visceralen Blatt des Peri-



cards und in den Lungen und der Milz — dagegen war Uterus und Peritoneum frei. In allen Abscessen und auch in der Perikardialflüssigkeit fanden sich Gonococcen.

In der Discussion bemerkt Broca, dass er in einer vereiterten Lymphdrüse der Fossa iliaca — im Anschluss an Vaginitis — Gonococcen gefunden habe. Victor Lion (Mannheim).

Eulenburg, A.: Ueber gonorrhoische Nervenerkrankungen. Dtsch. Med. Woch. 25. October 1900.

Eulenburg unterscheidet 3 Hauptformen gonorrhoischer, localisirter Nervenerkrankung. Die aus Gonorrhoe entstandenen neuralgischen Affectionen, einschliesslich der gonorrhoischen Ischias, die gonorrhoische Muskelatrophie, Dystrophie und atrophische Lähmung und die verschiedenen Formen der gonorrhoischen Neuritis und Myelitis. Unter 9 Fällen von gonorrhoischer Neuralgie sah Verfasser 8 im Gebiete des sacralen Nervenplexus, 6 als gonorrhoische Ischias, Neuritis und Perineuritis ischiadica auftretende, einen Fall von Achillodynie. Verfasser berichtet dann über 4 Fälle von Muskelatrophien, die sich im Anschluss an gonorrhoische Arthritis zunächst periarticulär entwickelten. Die Prognose ist meist günstig. Verfasser schreibt dem Jodipin sowie dem Bromipin vorzügliche Wirkung bei gonorrhoischen Nervenerkrankungen zu.

Max Joseph (Berlin).

Naumann, A.: Zur Frage von den Erkrankungen des Nervensystems auf gonorrhoischer Basis. Eschenedelnik. 1900. Nr. 41.

An der Hand einer ausführlichen Krankengeschichte liefert Naumann einen Beitrag zur Frage von den Nervenerkrankungen in Folge von Gonorrhoe. Patient, 23 Jahre alt, Kosak, leidet ausser an einer acuten Gonorrhoe noch an einer frischen Augenblennorrhoe und einer gonorrhoischen Poliarthritis. Während des Hospitalaufenthalts kam unter Fiebererscheinungen (bis 38·8°) eine Neuritis der Unterextremitäten hinzu. Der Nervus cruralis und der Nervus saphenus major waren auf Druck sehr schmerzhaft. Nach 6wöchentlicher Krankheitsdauer wurde Patient völlig wieder hergestellt. Bemerkenswerth ist es, dass die Nervenerkrankung genau entsprechend dem Verlauf des Grundleidens sich verhielt: mit eintretender Heilung der Gonorrhoe verschwand auch die Neuritis. Verfasser nimmt mit Charcot einen gewissen Zusammenhang zwischen Gelenkerkrankung und Erkrankung des Nervensystems bei Gonorrhoe an. S. Prissmann (Libau).

Underwood. Eugen le: The Treatment of Gonorrhoea in Females. The St. Louis Med. u. Surg. Journ. Bd. LXXVIII. Nr. 5. 1900.

Underwood behandelt seine Fälle von Gonorrhoe bei Frauen mit einprocentigen Einspritzungen von Mercurol. Er lässt seinen Patientinnen alle zwei bis vier Stunden 500 Ccm. einer solchen Lösung gebrauchen und hat jedesmal sofortige Linderung der Entzündungserscheinungen beobachtet. Louis Heitzmann (New-York).



Sheffield, Hermann B.: Vulvovaginitis in Children. New-York. Med. Journal. LXXII. 189. Aug. 4. 1900.

Sheffield, der bereits in einer früheren Arbeit (Amer. Medico-Surgical Bulletin 28 May 1896) Beobachtungen über Vulvovaginitis veröffentlicht hat, theilt auf Grund von 117 Fällen dieselben vom ätiologischen Standpunkte ein: 1. Catarrhalische V. V. in Folge von Unreinlichkeit u. chem. Reizen (saurer Urin, bes. bei Enuresis, Bromidrosis); 2. Traumatische V. in Folge von Masturbation, der Sheffield jedoch nicht soviel Bedeutung beizulegen geneigt ist; dieselbe soll vielmehr zuweilen Folge des Reizes der Entzündung sein, ferner von mechanischen Insulten (Fremdkörpern) und insbesondere geschlechtlichem Missbrauch. 3. Parasitische V. in Folge von Oxyuren, Saprophyten, soweit dieselben nicht durch Doederleins Vagina bacillus unschädlich gemacht werden und endlich pathogenen Bacterien, vor Allem dem Gonococcus. Sheffield betont die Wichtigkeit der mikroskopischen Untersuchung des Secrets in allen Fällen sowie der Verhütung der Infection der Augen. Für letztere werden verschiedene praktische Massnahmen empfohlen. Gegen die Eiterung wendet Sheffield hauptsächlich Protargol an, in 1%-Lösung bei nichtgonorrhoischen, und 2% in gonorrhoischen Fällen; dieselben werden nach vorhergegangener Ausspülung mit einer 5%-Lösung von Natr. bicarbonic. durch einen kleinen weichen Gummicatheter in die Vagina eingespritzt und durch Zusammendrücken der Labien 5 Minuten darin gehalten. Für die Harnröhre wird Protargol mit Jodoform, Perubalsam und Extr. Belladone in Stifte geformt. Mit dieser Behandlung wurden 46 Fälle innerhalb 3 Wochen ohne Complication geheilt. H. G. Klotz (New-York).

Zaudy: Zur prophylactischen und curativen Wirkung des Urotropin. Dtsch. Med. Woch. Nr. 37. 13. September 1900.

Zaudy hatte Gelegenheit bei einer Section sich von dem prophylactischen Einflusse des Urotropin zu überzeugen. Der Kranke litt an ausgeprägter Paraplegie. Beide Beine, sowie der Spincter ani waren gelähmt, die anfangs oberflächlichen Epidermisdefecte gingen bald in brandigen Zustand über, Blutblasen, Oedeme, tiefsitzende Phlegmone waren nicht zu verhüten, bald trat Herzschwäche und Trübung des Bewusstseins hinzu. Wenn trotz der sonst schweren Symptome die abnormen Verhältnisse am Harnapparat sich bald nach der Aufnahme in's Krankenhaus besserten, auch anatomisch an der Leiche eine stärkere Betheiligung des Harnapparates an dem Krankheitsprocesse nicht zu beobachten war, so schreibt Verfasser dies der günstigen Wirkung des Urotropin zu, welches dem Patienten sobald wie möglich und bis kurz vor seinem Tode verabreicht wurde. Bei bacteriellen Erkrankungen der Harnwege, welche nicht mit so schweren Complicationen auftreten, müsste das Urotropin gute Dienste leisten. Max Joseph (Berlin).

Aufrecht: Ueber Ichthargan. Dtsch. Med. Woch. Therap. Beil. 2. August 1900.



Nach den Versuchen von Aufrecht ist dies relativ ungiftige neueste Antigonorrhoicum von hoher bactericider Kraft und Tiefenwirkung. Dasselbe hat einen starken Gehalt an Silber und Ichthyol, ist geruchlos, vollkommen neutral und löst sich klar in Wasser und Glycerin. Verfasser benutzte zu seinen Experimenten Frösche, Kaninchen, Meerschweinchen und einen Hund. Er selbst nahm an 3 Tagen hintereinander je 0·3 Gr., am 4. Tage 0·5 Gr. Ichthargan in Haferschleim, ohne irgendwelche Störungen zu empfinden. Das Mittel, welches per os oder subcutan verabreicht nur nach grossen Gaben schädliche Folgen hervorruft, wirkt indessen äusserst toxisch bei intravenöser Injection.

Max Joseph (Berlin).

Bogdan, Georges und **Immerwol,** Victor. L' uréthrite gonorrhéique des petits garçons. Journal des Maladies cutanées et syphilitiques. 1899. pag. 321.

In einem für uns nicht viel neues bringenden Aufsatz berichten Bogdan und Immerwol 14 Krankengeschichten an Urethritis erkrankter Knaben im Alter von 1½ bis 11 Jahren, bei denen zwölf Mal Gonococcen im Secret nachgewiesen wurden. Verfasser schliessen daraus, wie aus andern publicirten Fällen, dass die Gonorrhoe bei kleinen Knaben nicht so selten sei, als man angenommen habe. (?) Der Verlauf der Gonorrhoe mit ihren Complicationen sei mit Ausnahme einer bisweilen der Urethralgonorrhoe vorausgehenden gonorrhoischen Balanitis fast der nämliche, wie bei Erwachsenen, ebenso die Therapie. Was die Aetiologie betrifft, so sei die Uebertragung entweder eine directe durch Coitusversuche, gegenseitige Masturbation u. s. w., oder eine indirecte durch gemeinschaftliche Benutzung von Wäsche, durch Zusammenschlafen in einem Bette mit Gonorrhoe kranken Erwachsenen. Verfasser warnen also zum Schluss, nicht aus jedem Vorhandensein von Gonococcen in der Urethra kleiner Kinder auf ein Stuprum zu schliessen, sondern auch an die anderen Infectionsmöglichkeiten zu denken.

Paul Neisser (Beuthen O. S.)

Sarrante. Sur un cas de déchirure superficielle de la vessie au cours d'une blennorrhagie traitée par les grands lavages au permanganate de potasse. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1899. pag. 458.

Der Aufsatz Sarrante's enthält nicht viel mehr, als die Ueberschrift sagt. Die Symptome, heftiger Tenesmus und Blutungen bei und nach dem Uriniren, verschwanden unter geeigneter Behandlung nach 5 Tagen. Es ist dies übrigens der zweite derartige Fall aus der Klinik Audry's. Paul Neisser (Beuthen O.S.).

Leistikow, L. Ichthargan, ein neues Mittel gegen Gonorrhoea anterior acuta. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XXXI. 1900.

Ichthargan ist eine Ichthyolsilberverbindung, ein braunes geruchloses, wasserlösliches Pulver, das 30% Silber und in der Ichthyosulfosäure gebunden 15% Schwefel enthält. Leistikow versuchte das-



selbe in 55 Fällen acuter Gonorrhoe und kommt zu folgendem Resultat: Das Ichthargan ist ein gutes Gonococcen tödtendes Mittel, das die entzündlichen Erscheinungen mässigt und beseitigt. Es wird verwendet als 0·02—0·2% Lösung, am wirksamsten in Form prolongirter häufig wiederholter Injectionen. Ludwig Waelsch (Prag).

Leistikow, L. Zur Behandlung des Tripperrheumatismus. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXXI. 1900.

Leistikow erzielte gute Erfolge in 14 Fällen von Tripperrheumatismus mit Ichthyoltherapie, u. zw. Ichthyol (10·0 auf 20·0 Aq., 10—50 Tropfen in reichlich Wasser) innerlich, 10% Ichthyolvasogen als Einwirkung auf das in Verband fixirte Gelenk, und Ichthargan in schwachen Lösungen als Spülung oder Injection für die Urethra.

Ludwig Waelsch (Prag).

Hodara, M. Ueber die Anwendung schwacher heisser Waschungen mit Höllenstein bei der Behandlung der acuten Gonorrhoe und der acuten Epididymitis gonorrhoica. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXXI. 1900.

Hodara sah Heilung acuter Gonorrhoe in 2—4 Wochen durch Spülungen der Urethra à la Janet mit ½ Liter einer möglichst heissen Arg. nitr.-Lösung 1 : 4000—1 : 2000. Auch bei bestehender acuter Epididymitis hatte er damit gute Erfolge. Ludwig Waelsch (Prag).

Venerische und pseudovenerische Helkose.

Christian, H. M. The abortive treatment of Bubo. (The Therapeutic Gazette. 15. Aug. 1900.)

Christian bespricht kurz die bisher angewendeten Methoden der Abortivbehandlung bei Fällen von Bubo inguinalis, deren klinische Symptome ein schon Vereitertsein der Drüsen ausschliessen lassen. Er führt an: Ruhe, Belastung mit Schrotbeuteln, Jodtinkturpinselung. Massage mit Jodvaseline, intraglanduläre Injection von 1½—2 Ccm. 2% Carbolsäure nach Taylor oder von 1% benzoesaurem Quecksilberoxyd nach Welander. Seine eigene Methode besteht in localer Application von Ung. hydrarg., Ung. belladonnae, Ichthyol, Lanolin aa. und Anlegung eines Druckverbandes. Verbandwechsel jeden zweiten Tag, Heilung in 10—14 Tagen. Ohne Erfolg war diese Behandlung bei Bubo ing. tuberc.

Egon Tomasczewski (Breslau).

Camerer, Wilhelm. Die Behandlung der Inguinalbubonen nach Erfahrungen im Hamburger Freimaurer-Krankenhaus. Inaug.-Diss. Strassburg 1898.

Die Indicationen, nach denen im Hamburger Freimaurer-Krankenhaus die Bubonen behandelt werden, sind nach Camerer folgende:

Harte Bubonen versucht man zur Resorption zu bringen bei Fieber durch Eis, sonst Hydrargyrum und Compression (Schrotbeutel). Bleibt



der Bubo hart: Totalexstirpation. Zeigt der Bubo Neigung zur Erweichung oder eitriger Einschmelzung, bzw. hatte er diese von Anfang an: Cataplasmiren ca. 3—9 Tage lang.

Erweicht der Bubo vollständig unter Bildung einer einzigen Eiterhöhle, oder kam er bereits in diesem Zustand in Behandlung: Lang'sches Verfahren. Bilden sich beim Cataplasmiren vielfache Abscesse, bzw. centrale Erweichungsherde in den einzelnen Drüsen: Totalexstirpation.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Simonelli, F. Sullo sviluppo dell' ulcera molle e del bubone-venereo in relazione con le stagioni. (Rif. med. 1900. 13. und 14. Oct.)

Auf Grund einer Statistik der weichen Schanker und der Bubonen, die in den Jahren 1894—1899 in der Klinik von Prof. Barduzzi beobachtet wurden, kommt Verf., ebenso wie Tommasoli und Colombini, zu dem Resultate, dass in den heissen Monaten eine wesentliche Abnahme in der Zahl dieser Krankheitsfälle eintritt. Daraus zieht er aber einen anderen Schluss als seine Vorgänger, die in der Hitze einen wesentlichen Factor für jene Erscheinung suchen. Nach ihm ist dafür ausser den vielfältigen Ursachen physischen und moralischen Charakters die geringere Frequenz des geschlechtlichen Umganges während der heissen Monate anzuschuldigen. L. Philippson (Palermo).

Jullien. Note sur quelques cas de phagédénisme. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1899. pag. 464.

Jullien berichtet ausführlich drei sehr interessante Fälle von phagadänischen Schankern, welche sich im Verlauf der Erkrankung als Sclerosen entpuppten und sämmtlich ziemlich prompt auf energische Calomelinjectionen reagirten. Allen drei Fällen gemeinsam ist der Umstand, dass die Patienten an Malaria früher erkrankt waren. Die näheren Details der, wie gesagt, sehr interessanten Krankengeschichten sind im Original nachzulesen. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Libut, L. Chancres mous des doigts. Annales 1898. Soc. de Dermat. et de Syphiligr. 18. Avril.

Am linken Zeigefinger und rechten Mittelfinger an der Mittelphalange entwickelten sich durch Autoinoculation vom Genitale her Ulcera mollia, in welchen sich Ducrey'sche Bacillen nachweisen liessen. Nur auf der rechten Seite waren die Axillardrüsen geschwellt und schmerzhaft.

Unter 2000 Fällen der Jullien'schen Abtheilung fand sich nur noch ein Fall von Autoinoculation eines weichen Geschwürs am Daumen.

R. Fischel (Bad Hall).

Syphilis. Allgemeiner Theil.

Hansen, C. T. und **Heiberg,** Paul. In welchem Alter werden die meisten Fälle von Syphilis erworben und in welchem



Alter treten die meisten Fälle von genereller Parese auf. (Hospitalstidende 4. R. Bd. VIII. Nr. 24. Juni 1900.)

Hansen und Heiberg haben, um alle Momente, die die Hypothese eines causalen Zusammenhanges zwischen Syphilis und genereller Parese bekräften, hervorzuheben, untersucht, in welchem Alter 1000 Männer aus der dermatologischen Abtheilung des Communehospitals zu Kopenhagen Syphilis erworben haben. Sie haben diese Curven mit Gudden's grosser Tabelle über das Alter der Paretiker verglichen und eine erstaunliche Aehnlichkeit gefunden. Zwischen den Höhepunkten dieser Zahlreihen ist ein Zeitraum von 15—18 Jahre (von 22—40), der vielleicht etwas gross ist, vielleicht weil das Material Spitalspatienten umfasst, die noch jung sind, indem Patienten, die später Syphilis bekommen, eher so viel Geld haben, sich privat behandeln lassen zu können.

C. T. Hansen (Kopenhagen).

Selensky, G. Ein Fall von ungewöhnlich frühem Zahndurchbruch bei einem syphilitischen Kinde. Eschenedelnik. 1900. Nr. 40.

Trotzdem Selensky weder in Anamnese, noch objectiv an den Eltern des Kindes Lues hat nachweisen können, stellte sich doch in der dritten Lebenswoche ein maculo-papulöses Syphilid und eine deutliche Paronychia luetica ein, ausserdem war eine doppelseitige Osteochondritis an den Unterextremitäten zu constatiren. Das Ungewöhnliche in diesem Falle war, dass das Kind in der 5. Lebenswoche einen untern Schneidezahn, gegen Ende des zweiten Monats wiederum einen bekam. Beide Zähne fielen nachträglich aus und das Kind blieb hinterher auffallend lange zahnlos.

S. Prissmann (Libau).

Generoputomzew, S. Die Ercheinungen des hereditär-syphilitischen Einflusses im zweiten Geschlecht nach einer Familienliste. Eschened. 1901. Nr. 1.

An der Hand der von ihm geführten und zum Theil jetzt veröffentlichten Familienlisten sucht S. Generoputomzew nachzuweisen, dass die Syphilis ins zweite, vielleicht auch ins dritte Geschlecht vererbt werden könne, dass sie alsdann in Form rein luetischer Erscheinungen auf Haut, Schleimhaut und Sinnesorgane auftrete oder aber als sogenannte parasyphilitische Processe erscheine. Verfasser hebt bei der Gelegenheit den grossen wissenschaftlichen und praktischen Werth der von russischen Landschaftsärzten in letzter Zeit vielfach geführten Familienlisten, die ein reiches Material zur Kenntnissnahme der Heredität bei der Syphilis und mancher andern hereditären Familienkrankheit bieten.

S. Prissmann (Libau).

Pott. Das Schicksal hereditär-syphilitischer Kinder. Münchener medicinische Wochenschrift. 1901. Nr. 8.

Pott, welcher selbst schreibt, dass er „nichts Neues" bringe, hat natürlich im Wesentlichen für Fachkreise allbekannte Dinge erzählt. Wir greifen daher nur einzelne Angaben zum Zwecke des Referates heraus: Innerhalb 21 Jahren wurden in der Hallenser ambulatorischen Kinder-



klinik 31.865 Kinder behandelt, von welchen 354 an Lues hereditaria erkrankt waren, so dass ein Verhältniss von 1 : 90 resultirt. In 42 Fällen wurde der tödtliche Ausgang der Krankheit beobachtet, also eine Mortalität von 13%, gegenüber 21% von 58 Kindern der Privatpraxis, was sich daraus erklärt, dass die Kinder der Armen häufig nicht bis zum Ende in der Poliklinik behandelt werden. 14 Kinder starben schon im ersten Monate ihres Lebens. Nur 7 der Verstorbenen hatten das erste Lebensjahr überschritten. Nicht immer lag das eigentliche Todesjahr klar zu Tage. Ueber manche plötzliche unmotivirte Todesfälle gibt oft selbst die Section keinen Aufschluss. In anderen Fällen wurden Erkrankungen innerer Organe, die aus der Fotalperiode stammen, constatirt, aber nicht immer in vivo diagnosticirt. Vor Allem waren es interstitielle pneumonische Processe mit secundären Pleuritiden, Bronchitiden und bronchopneumonischen Processen, welche da als Todesursache sich ergaben. Die Diagnose der specifisch syphilitischen Lungenentzündungen ist allerdings in vielen Fällen gar nicht, in anderen nur vermuthungsweise zu stellen. Eine viel zu geringe Beachtung haben bisher auch die hereditär syphilitischen Nierenentzündungen gefunden. Es ist mehr als bisher auf die Untersuchung des Harnes zu achten. Vielleicht sind die Krämpfe, unter denen so häufig die syphilitischen Kinder sterben, als urämische aufzufassen. Die eitrigen Entzündungen und gewisse Lungenentzündungen bei Kindern mit Haut- und Schleimhautaffectionen sind als septische zu betrachten. Eine Heilung der hereditären Lues ist zwar auch ohne Mercur möglich; doch erfolgt dies mindestens langsamer. Bei vielen Kindern tritt eine der Anämia splenica völlig gleichsehende Affection auf, welche sich jedoch von derselben dadurch unterscheidet, dass eine Besserung nicht ausgeschlossen ist. Bei der weitaus grössten Anzahl der hereditärsyphilitischen Kinder muss man sich jedoch auf Recidive, speciell condylomatöse Erkrankungen gefasst machen. Verfasser konnte die wenigsten der Kinder auch noch in dem Alter beobachten, wo die Lues hereditaria tarda auftritt; bei den zur Beobachtung Gelangten waren jedoch viel häufiger negative als positive Resultate vorhanden. Die hereditäre Syphilis kann somit zur völligen Ausheilung gelangen, ohne irgend welche Spuren der überstandenen Krankheit zu hinterlassen. Der Arbeit sind interessante Krankengeschichten beigegeben. v. Notthafft (München).

Nobl, G. Ueber Reinfection bei Syphilis. Vortrag gehalten in der Sitzung vom 11. März 1901 des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums.

Nach Nobl kann von einer Reinfection nur dann die Rede sein, wenn der gesammte Symptomencomplex der Syphilis, von dem Initialaffect angefangen, bis zu den Allgemeinerscheinungen, beidemal nach der entsprechenden Incubationsdauer zur Entwicklung gelangt und zwischen den Allgemeinsymptomen der Ersterkrankung, respective den Recidiven, derselben und der Neuinfection zumindest ein, der erfahrungsgemässen Dauer des irritativen Syphilisstadiums entsprechender Zeitraum verflossen ist.



Einen diesen Postulaten genügenden Fall von syphilitischer Reinfection bringt Nobl zur Mittheilung, welchen er während der beiden Syphilisausbrüche zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hatte. Die Wahrnehmung betrifft einen 42jährigen, seit vielen Jahren verheirateten Beamten, der Anfangs 1894 nach ausserehelicher Cohabitation eine typische Sclerose im Sulcus coron. dorsalwärts; consecutive Scleradenitis und nach der zweiten Incubation ein maculopapulöses Exanthem acquirirte. Diese Eruption, wie auch zwei Recidiven, welche noch im selben Jahre, resp. Mitte 1895 in Form von Schleimhautplaques, Papeln am Genitale und gruppirten Exanthemen in Erscheinung traten, wurde mittels intramusculären Hg-Injectionen, einer energischen Allgemeinbehandlung unterworfen. Während der folgenden Jahre zeigte der Kranke keine weiteren Erscheinungen und war dessen völlige Heilung umso wahrscheinlicher geworden, als seine Frau nach fünfjährigem Intervall neuerdings in die Hoffnung kam und im Jahre 1898 einem gesunden Kinde das Leben schenkte, das auch in der Folge keinerlei Abweichungen von der Norm erkennen liess. Im Monate Jänner 1900 präsentirte sich der Patient mit einem unzweideutigen knorpelharten Primäraffect der rechten Frenularnische, der nach einem, drei Wochen vorher ausgeübten suspecten, extraconjugalen Beischlaf aufgetreten war. Nach weiteren vier Wochen konnte Vortragender ein dichtes maculöses Exanthem neben universeller Drüsenschwellung verzeichnen und die Allgemeinbehandlung in Form von 5percentigen Sublimatinjectionen einleiten, welche Therapie auch gegen ein anuläres Recidivexanthem, sowie Plaques muceuses in Anwendung kam, welche Erscheinungen mehrere Monate später zum Ausbruche gelangten. Den unnöthigen Nachweiss für die Virulenz seiner Neuinfection erbrachte der Kranke, indem er noch im selben Jahre seine Frau ansteckte, die seither mit einer erodirten Sclerose des linken gr. Labiums, Skleradenitis inguinalis und maculösem Exantheme behaftet, gleichfalls in N.'s Behandlung stand. A.

Schüller, Prof. Dr. Max. Beitrag zur Kenntniss der Syphilis-Aetiologie. Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. Bd. XXVII. pag. 516.

Schüller fand, wie bei den malignen Geschülsten, auch bei allen Producten der Syphilis, mitten im Gewebe liegende rundliche Körperchen, die reihenweise angeordnet ovale bläschenförmige Körper, mit doppelter Contour und glänzender Kapsel von brauner Farbe darstellen. Vergrösserung von 1 : 1000 Immersion ist nöthig. Es fanden sich auch Buchten und Schläuche in dem entzündeten Gewebe vor, die mit den Körperchen gefüllt waren. Culturen ergaben dem Verfasser Aufschlüsse über den Entwicklungsgang. Auch hier wird eine ausführlichere Arbeit genauere Angaben bringen. Wolters (Bonn).

Kiernan, James G. Neurasthenia and Syphilis. New-York. Med. Journal LXXII. 155. Juli 28. 1900.

Hauptsächlich Empfehlung eines Goldpräparates (Arsenauro) für Neurasthenie bei Syphilitikern. H. G. Klotz (New-York).



Kazandjieff. Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les inunctions avec la pommade au calomel. Thèse de Paris. 1900. Nr. 383.

Kazandjieff verwendet zu seinen Inunctionen eine Calomelsalbe (Calomel vapore parat. 4·0 Vaselin. Axung. āā. 2·0). Das Calomel kann durch feinstes, nach bestimmter Methode gereinigtes weisses Präcipitat ersetzt werden. Die Inunctionen — beim Erwachsenen 8 Gr., bei Kindern 4 Gr. und bei Neugeborenen 2·0 pro dosi — werden derart gemacht, dass, jeweils Morgens, an einem Tage der Rücken, am zweiten die unteren Extremitäten, oder aber am 2. und 3. Tag je eine untere Extremität mit der Salbe eingerieben werden. Das Einreiben geht bedeutend schneller als bei der gewöhnlichen Quecksilbersalbe und ist auf der Haut fast nicht sichtbar. Danach werden die betreffenden Körperstellen mit einem Stücke Flanell bedeckt, das zu 4 Inunctionen benutzt wird. 3mal wöchentlich nimmt der Pat. ein Bad.

Die Einreibungen werden sehr gut ertragen und reizen, besonders wenn man stark behaarte Stellen vermeidet, die Haut nicht.

Die therapeutischen Erfolge waren recht gute, besonders bei vorhandenen Hauterscheinungen, auf die die Salbe zugleich local einwirkte.

Im Urin konnte eine, wenn auch langsame Quecksilberausscheidung mit Sicherheit nachgewiesen werden. Leichte Stomatitis wurde einige Male beobachtet. Verf. empfiehlt das Präparat einerseits für schwächliche Pat. und für Kinder, sowie für Syphilitiker, deren Magendarmtractus durch innerliche Hg-Medication afficirt ist, andererseits für unauffällige Curen, die geheim gehalten werden sollen. Für schwere Fälle ist diese Behandlung zu mild. Victor Lion (Mannheim).

Jullien. Le verre bleu en syphiligraphie. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1899. p. 1.

Jullien bringt die schon 1893 von Broca empfohlene Methode der Anwendung kobaltblauer Gläser bei der Diagnose der Hautkrankheiten in Erinnerung; durch dieselben seien im Entstehen begriffene Entzündungsherde der Haut oder erythematöse Plaques, die mit blossem Auge noch nicht sichtbar seien, als grauweisse Stellen auf der sonst gleichmässig blauen Haut zu erkennen. Auch bei Syphilisfällen, bei denen mitunter für das blosse Auge die Roseola auszubleiben scheine, sei es ihm gelungen, dieselbe mit den blauen Gläsern zu erkennen, ebenso seien für das blosse Auge abgeheilte Exantheme häufig noch nach einem Jahre und darüber zu erkennen; auch abgeheilte tertiäre Hauterscheinungen, ebenso wie Narben, habe er häufig von der gesunden Haut durch die Farbendifferenz unterscheiden können. Jedenfalls lohnt es sich, diese recht interessanten Angaben nachzuprüfen und sie eventuell der Diagnostik dienstbar zu machen. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Angagneur, Victor. Emploi des injections sérum artificiel de Hayem dans les syphilis malignes. Annales. 1899. Bd. X.

In zwei Fällen von maligner Syphilis hat die Anwendung des künstlichen Serums (NaCl 7·0, Phosphate dissodique crist. 2·0, Aquae 1000·0)

Rückgang der floriden Erscheinungen bewirkt. Im ersten Falle (S. m. precox) hatten Hg-Einreibungen und JK keine Besserung, im zweiten Falle (malignes Spätsyphilid) hatten Calomelinjectionen Verschlechterung des Zustandes hervorgebracht.

Es wird die Frage aufgeworfen, ob es sich um eine Hyperactivität der Nieren in der Ausscheidung der Toxine, um eine Vergrösserung der toxinbekämpfenden Actionsfähigkeit der Leukocyten, oder um eine erhöhte Wirksamkeit der specifischen Medicamente nach der durch das Serum hervorgerufenen Umstimmung des Organismuses handelt.

Die Injectionen werden in Intervallen von 5—6 Tagen zu 400—500 Gr. subcutan vorgenommen. Bleibt nach 4—5 Einspritzungen der Effect aus, so kann von einer Fortsetzung derselben abgesehen werden.

Fieber und reichliche Diurese sind die Zeichen einer günstigen Reaction. R. Fischel (Bad Hall).

Lanz, Alfred. Le traitement de la stomatite mercurielle. Annales. 1899. Bd. X.

In der Pathogenese der Stomatitis mercurialis spielt die Menge des einverleibten Quecksilbers, die localen Bedingungen und Bakterien eine Rolle. Das Hg bedingt eine Herabsetzung der Lebensfähigkeit der Gewebe. Der Ernährungszustand und die Function der ausscheidenden Organe sind bei Entstehung der Affection in Betracht zu ziehen. Auch der Kauact, die Verhältnisse der Mundhöhle sind von Bedeutung, da sich die Stomatitis immer auf der durch irgendwelche Ursachen in Inactivität versetzten Seite der Mundhöhle entwickelt.

Die Therapie soll mit der Prophylaxe beginnen. Anwendung von Seifen, die im Wesentlichen als Hauptbestandtheil Kalichloricum in Substanz enthalten (Unna, Mikulich und Kümmel) und Gargarismen, von denen das von Pick angegebene (Mentholi 1·0, Spiritivini rectif. Tinct. Ratanhae aa 50·0) hervorgehoben sei; Zahnpulver werden verworfen.

Beim Auftreten der Stomatitis empfiehlt sich die Ausscheidung des Hg durch heisse Bäder, Dampfbäder, zu erstreben. Als Gargarisma Wasserstoffsuperoxyd (2 : 100) und Sublimatlösungen 1 : 4000. Bei ausgebreiteten Ulcerationen Jodoformeinstäubungen; Touchirungen mit Arg. nitricum oder Acidum hydrobromicum sind zu schmerzhaft.

Bei grosser Schmerzhaftigkeit wird Orthoform den Cocainpinselungen vorgezogen.

Flüssige Nahrung. Rauchverbot. R. Fischel (Bad Hall).

Syphilis. Specieller Theil.

Ohmann-Dumesnil, A. H. Two Cases of Chancre of the Groin. The St. Louis Med. & Surg. Journ. Band. LXXIX. Nr. 1. 1900.

Beschreibung zweier Fälle von Schanker in der Inguinalgegend, der Eine bei einem 25jährigen Manne, der Andere bei einem 9jährigen



Mädchen, mit unzweifelhaften secundären Erscheinungen. In keinem dieser Fälle war Induration der Inguinaldrüsen vorhanden. Antiluetische Behandlung führte zu rascher Besserung beider Fälle.

Louis Heitzmann (New-York).

Sendziak, J. Warschau. Ueber luetischen Primäraffect in der Mund- und Rachenhöhle, sowie in der Nase und den Ohren. Monatsschrift für Ohrenheilkunde. Jahrg. XXXIV. Nr. 11. 1900.

Von 3767 Primäraffecten, die Sendziak aus der Literatur zusammengestellt hat, kommen auf die Mundhöhle 2741, auf die Rachenhöhle 790, auf die Nase 118, auf den Nasenrachenraum 88, auf die Ohren 28 und auf den Kehlkopf 2. Der häufigste Sitz der harten Schanker waren die Lippen (2189) und die Gaumenmandeln (599). Der Modus infectionis, soweit er ermittelt werden konnte, war ungemein verschieden; für den Nasenrachenraum wurde in fast allen Fällen der Catheterismus der Tuba Eustachii angegeben. Von den beiden Primäraffecten im Kehlkopf war der eine an der Epiglottis, der andere am rechten Aryknorpel localisirt. Bei der Beschreibung des klinischen Bildes betont Verf. die Neigung der Schleimhautschanker zur Formation der fungoförmigen Massen, welche bei Berührung leicht bluten. Diagnose, Prognose und Therapie werden kurz besprochen. Otto Piffl (Prag).

Carle. Syphilis probable il y a 4 ans. Ulcération indurée. Eruption cutanée. Soc. nationale de méd. 25./VI. 1900. La Province medicale 1900. Nr. 26.

Carle demonstrirt einen Kranken, der vor 4 Jahren eine Luesinfection mit secundären Erscheinungen durchgemacht hat, und jetzt eine Ulceration an der Stelle des früheren Primäraffectes im Sulcus coronarius aufweist, die ursprünglich ärztlicherseits als ein Ulcus molle diagnosticirt war und sich dann indurirte. Einige Wochen später trat ein leicht schuppendes, circinäres, über den ganzen Körper verbreitetes Exanthem auf. Vortragender wirft die Frage der Reinfection auf.

Gailleton hält den Fall nicht für eine Reinfection, sondern meint, dass der weiche Schanker die alte Induration gleichsam wieder provocirt hat und fasst die Hauteruption als etwas späte Secundärerscheinung der alten Lues auf.

Auch Horand erachtet eine Reinfection für nicht vorliegend, vielmehr hält er die Ulceration für ein Ulcus molle auf der alten Narbe und rechnet das Exanthem zu der von ihm früher beschriebenen, nicht syphilitischen „Pityriasis circiné“. Victor Lion (Mannheim).

Fournier. Diagnostic différentiel des plaques muqueuses. La médecine moderne 1899. Nr. 47. p. 369.

Fournier stellt alle Erkrankungen des Mundes zusammen, welche zur Verwechslung mit einem syphilitischen „plaque muqueuse“ Veranlassung geben können und bespricht ausführlich die Differentialdiagnose. Es kommen in Betracht:



1. Einfache, entzündliche oder nicht entzündliche, Erosionen (z. B. häufig bei chronischem Tabaksgenuss oder durch Verbrennen mit einer Cigarette).

2. Herpes buccalis, besonders die recidivirende Form. Häufigster Sitz sind die Ränder der Zunge. Für die Diagnose Herpes sprechen besonders das gleichzeitige Vorhandensein von versprengten typischen Herpesbläschen, ein kleiner Epithelkragen am Rand der Läsion und die serpiginösen Begrenzungen derselben.

3. Die Aphthe. Die Differentialdiagnose ist relativ leicht. Die Aphthe ist kreisrund, von bräunlicher Farbe mit einem gerötheten Hof und sehr schmerzhaft.

4. Die Hydroa buccalis. Eine absolut syphiloide Affection. Häufig besteht gleichzeitig ein Erythema exsudativum multiforme der Haut, das die Diagnose sichert. Sonst ist dieselbe oft nur mit Hilfe der Anamnese und der weiteren Beobachtung zu stellen.

5. Glossitis exfoliativa marginata. Dieselbe ist charakterisirt durch einen äusserst feinen weisslichen Rand, durch ihre Begrenzungsform und die Variabilität ihrer Läsionen („Glossite ambulante ou nomade").

6. „Perlèche". Fast nur bei Kindern. Sitz an den Lippencommissuren.

7. Gewisse Formen der Stomatitis mercurialis, die häufig in der Gegend der hinteren Molarzähne und an den Zungenrändern localisirt sind.

8. Von schlechten Zähnen herrührende Erosionen und Ulcerationen. Durch ihren Sitz, gegenüber einem solchen Zahn, leicht zu erkennen.

Endlich 9. eine Reihe weiterer differentialdiagnostischer Punkte: *a*) Primäraffect, *b*) weicher Schanker, *c*) Antipyrinexanthem, *d*) tuberculöses Ulcus, *e*) Leukoplakie, *f*) „Psoriasis" buccalis und *g*) Zungenulcerationen bei Keuchhusten. Victor Lion (Mannheim).

Baldwin, L. **Blake**. Interesting Case of Syphilis. The Medical News, Band LXXVI, Nr. 17. 1900.

Beschreibung eines ausgesprochenen Falles von Syphilis ulcerosa, in welchem über den ganzen Körper verbreitet nicht weniger als 284 Geschwüre verschiedener Grösse vorhanden waren. Die kleineren waren $1\frac{1}{2}$ Cm. im Durchmesser und verschiedene hatten die Grösse einer halben Handfläche. Patient bekam in der ersten Woche der Behandlung 23 Gr. Jodkali täglich, doch wurde dasselbe bald auf 8 Gr. täglich reducirt. Vollständige Heilung erfolgte in kurzer Zeit.

Louis Heitzmann (New-York).

Breitmann, M. Ueber syphilitische Hemisystolie und Bradicardie. Eschenedelnik. 1900. Nr. 48.

Breitmann bringt in seinem Aufsatz nichts Neues, es sei denn die Ausführung, dass Herzgummata, besonders wenn sie die Herzscheidewand befallen, Bradicardie verursachen können. Das Gumma spielt dann die Rolle eines Fremdkörpers (etwa wie eine Echinococcusblase), der eine Reaction von Seiten des Herzmuskels, beziehungsweise der Nervenelemente des Herzens auslöst. Die Bradicardie des condylomat. Stadiums ist eine rein functionelle Erkrankung. Prognostisch ist die luetische Bradicardie

durchaus günstig zu beurtheilen. Therapeutisch kommt namentlich das Natr. jod. in Frage, Quecksilbercuren sind gleichfalls indicirt. Die syphilitische Natur einer Bradicardie kann man nur gelten lassen, wenn in Anamnese und bei eingehender objectiver Untersuchung keine pathologischen Veränderungen von Seiten des Herzens oder anderer Organe vorliegen, welche eine Pulsverlangsamung erklären konnten, wenn die Contractionen der linken Herzhälfte weniger ausgiebige sind als die der rechten und wenn die Füllung des arteriellen Systems eine geringe ist.

S. Prissmann (Libau).

Berghinz, G. Arteriosclerosi del miocardio da sifilide ereditaria. (Gazz. degli Ospedali 24. Juni 1900.)

Bei einem 7monatlichen Mädchen ohne hereditäre Belastung, das bisher nicht krank gewesen, wurden in den letzten 3 Monaten 3 Anfälle von Dyspnoe mit hochgradiger Cyanose beobachtet; in einem vierten Anfalle starb es. Bei der Autopsie ergab sich: Allgemeine Endo-Periarteriitis der kleinen Gefässe, Periphlebitis einiger Gefässe, Arteriesclerose des Herzens, beginnende interstitielle Hepatitis, hyperplastische Splenitis, Perichondritis der femur, miliare Gummen im Herzen und in Leber. Die hereditär syphilitische Arteriesclerose im Myocard hat das klinische Krankheitsbild und den plötzlichen Tod hervorgerufen.

L. Philippson (Palermo).

Thorel. Ueber viscerale Syphilis. (Virchow's Archiv 1899. Bd. 158.)

Es ist der Obductionsbefund eines 63jährigen Mannes wiedergegeben, welcher in Folge multipler Caries und Gangrän beider Füsse zu Grunde ging. Die Section ergab Gummen und Narben im Pankreas und Leber. Es liegt auch die genaue histologische Beschreibung vor, welche nichts neues bringt. Fritz Porges (Prag).

Gauthier, L. Syphilis hépatique à forme sclero-gommeuse. La province medicale 1900. p. 499.

Gauthier theilt die Krankengeschichte eines Falles mit, der mit starkem Ascites und dysenterischen Erscheinungen zur Aufnahme kam, welchen letzteren er bald erlag. Bei Abwesenheit jeglicher anamnestischen Angabe über eine frühere luetische Infection, sowie sichtbarer luetischer Erscheinungen, war die klinische Diagnose, da starker Alkoholismus zugestanden, auf atrophische Lebercirrhose gestellt worden. Die Section und die histologische Untersuchung ergaben in der Leber neben einer ausgedehnten Sclerose, welche nur wenig Drüsengewebe übrig liess, typische Gummen. G. meint, es habe in diesem Falle neben dem Alkohol auch die Dysenterie zur Localisation der Syphilis in der Leber beigetragen. Walther Pick (Breslau).

Oberndorfer. Ueber die viscerale Form der congenitalen Syphilis mit specieller Berücksichtigung des Magen-Darmcanals. (Virchow's Archiv. Bd. 159. H. 2. 1900.)

Oberndorfer berichtet über die Section eines 4monatlichen alten Kindes, dessen Eltern an constitutioneller Syphilis leiden. Es fanden



sich bis fünfmarkstückgrosse Gummen in der Leber sowie zahlreiche bis erbsengrosse exulcerirte Knoten auf der Schleimhaut des Magens und des Ileum sowie des Dickdarms. Anschliessend an diesen Befund hat der Verfasser die Literatur der visceralen Syphilis studirt. Am häufigsten fand er Erkrankungen der Leber, als die seltenste Erkrankung die des Magen-Darmcanals; Verfasser gibt eine tabellarische Zusammenstellung der publicirten 14 Fälle von Magensyphilis, sowie einiger Fälle von Darmsyphilis bei congenitaler und bei aquirirter Lues.

Fritz Porges (Prag).

Fränkl. Die Lehre von der acquirirten Magendarmsyphilis. (Virchow's Archiv 1899. Bd. 155.)

Verfasser fand bei einem Manne, welcher unter den Symptomen eines chronischen Magen- und Darmleidens zu Grunde ging, zahlreiche Geschwüre im Magen und Dünndarm, welche sich makro- und mikroskopisch als gummöse Geschwüre erwiesen. Bei diesem Falle fand sich auch ein gummöser Herd in der Milz. Fritz Porges (Prag).

Fournier et **Lereboullet.** Diarrhées syphilitiques tertiaires. Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1900. p. 637.

Lereboullet berichtet (in der Académie de médecine) über folgenden Fall: Der 34jährige Patient leidet seit 18 Monaten an schweren Diarrhoeen mit heftigen Koliken. Alle $^1/_2$ bis höchstens 2 Stunden Stuhldrang. Schleimig-blutige Stühle. Hochgradige Abmagerung. Die Untersuchung ergab nichts charakteristisches, doch fielen zahlreiche indolente Drüsenpackete auf. Die Anamnese ergab, dass der Vater des Patienten an Krebs gestorben war und Pat. selbst sich vor 15 Jahren luetisch inficirt hatte. Danach intermittirende Hg-Behandlung nach Fournier 3 Jahre lang. Die Frau gesund, die Ehe steril. Es wurde daraufhin die Diagnose auf Carcinom des Darmes oder auf intestinale Lues gestellt und eine mit Jod combinirte Hg-Behandlung eingeleitet. Der glänzende Erfolg dieser Therapie entschied die Diagnose.

Im Anschluss an diese Mittheilung bespricht Fournier die syphilitischen Affectionen des Darmes beim Erwachsenen, von denen er etwa 12 Fälle gesehen hat. Klinisch bieten dieselben nichts charakteristisches, pathologisch-anatomisch finden sich miliare Gummata, Infiltrationen, Ulcerationen, Narben, die selbst zu Stenosen führen können. Die Diagnose ist möglich auf Grund syphilitischer Antecedentien, bei Mangel jeglicher anderer Ursachen der Diarrhöen und Versagen jeder nicht specifischen Therapie, endlich beim Vorhandensein anderer luetischer Erscheinungen. Auffallend häufig sind die Recidive der Darmerscheinungen. Die Behandlung, welche durch ihren Erfolg auch die Diagnose sichert, muss eine combinirte antiluetische sein, wobei man unter gleichzeitigem diätetischem Vorgehen je nach dem Zustand des Pat. die Art der Hg-Behandlung wählen muss. Victor Lion (Mannheim).

Einhorn. Ueber Syphilis des Magens. (Dermatol. Zeitschr. 1900. Heft 3.)

Der Verfasser berichtet über 2 Fälle von Magengeschwür syphili-



tischen Ursprunges, über 2 Fälle von syphil. Magengeschwulst, über 2 Fälle von syphil. Pylorusstenose; der Zeitraum seit der Infection und der Erkrankung des Magens variirt zwischen 2 und 20 Jahren. In allen Fällen trat unter Jodkali und Inunctionen Heilung oder bedeutende Besserung ein. Fritz Porges (Prag).

Eskridge, J. T. Syphilis of the Brain. New-York Med. Journ. LXXII. 47. und 106. Juli 14. u. 21. 1900.

Eskridge bespricht mehr für den Standpunkt des praktischen Arztes die schädlichen Wirkungen der Syphilis innerhalb der Schädelhöhle und gibt praktische Winke betreffend die Symptome, Diagnose, Prognose und Behandlung, unter besonders eindringlichem Hervorheben der Thatsache, dass energische, lang dauernde antisyphilit. Behandlung zu dem Zwecke der Beseitigung oder Besserung der meisten indirecten Folgezustände der Hirnsyphilis nicht nur nutzlos, sondern häufig schädlich ist. Betreffend die Häufigkeit des Vorkommens, die Zeit des Auftretens nach der Infection, Gelegenheitsursachen bringt E. keine neuen Thatsachen vor, weist aber auf das Auftreten der Hirnsyphilis bei hereditärer Syphilis hin. Weiter werden besprochen die anatomischen Beziehungen der häufigsten Form des Gumma, sein Sitz und Einfluss auf die umgebenden Gewebe, die theils Folge der Neubildung, theils der Rückbildung bez. Narbenbildung sein können. Aehnliches Verhalten zeigen die Erkrankungen der Meningen und endlich die der Blutgefässe. Auffällig ist die Seltenheit von Veröffentlichungen über Erkrankung der Venen gegenüber denen über Endarteritis und Periarteritis.

Die Symptome der Hirnsyphilis im Allgemeinen und besonders der Gefässerkrankung zeigen als charakteristische Merkmale eine auffällige Unregelmässigkeit, Mannigfaltigkeit und gleichzeitiges Auftreten an verschiedenen Regionen. Im einzelnen Falle sind die Erscheinungen abhängig von der Natur und dem Sitz der Processe. Bei Meningitis sind Kopfschmerzen und Störungen des Schlafes die prominentesten Symptome, bei Gumma an der Basis Reiz- und Druckerscheinungen seitens der Hirnnerven, bei Gumma der Convexität Bewegungsstörung (Jackson'sche Epilepsie) oder Störung der geistigen Functionen. Eingehender berührt wird die nicht seltene Erscheinung, dass wenige Stunden oder Tage nach dem Auftreten von ausgesprochenen Lähmungen (nicht bei Blutungen oder Thrombose) die Glieder wieder anfangen willkürliche Bewegungen zu machen und bald theilweise oder völlige Bewegungsfähigkeit wieder erlangen.

Als früheste Zeichen syphil. Gefässerkrankung bezeichnet E. solche beginnender geistiger Störung: leichter Schwindel bes. bei plötzlichen Bewegungen, Vergesslichkeit, häufige vorübergehende Geistesabwesenheit, geringere Energie und Thätigkeitstrieb, bei Abwesenheit von Kopfweh.

Für die Diagnose am wichtigsten sind Kopfschmerz und Störung des Schlafes. Indirect als Folge von Syphilis kann Kopfschmerz wohl nur als durch Anämie verursacht vorkommen, ausserdem müssen organische Veränderungen innerhalb der Schädelhöhle oder das Auftreten von Toxinen im Blute als vorhanden angenommen werden, die ersteren aller-



dings nicht selten, ohne dass positive Beweise für dieselben aufzufinden sind. Die so oft beobachtete abendliche oder nächtliche Zunahme der Schmerzen beruht nicht auf der specifischen Natur der Veränderung sondern auf den Reiz- und Entzündungszuständen, welche syphilit. Veränderungen häufig begleiten. Bei Gefässerkrankung mit Anämie kann die Verschlimmerung sogar auf den Morgen fallen, bei Meningitis pflegt der Schmerz constant zu sein. Für die Differentialdiagnose ist die Anamnese nicht von so grosser Bedeutung, umso mehr als nicht zu vergessen ist, dass Syphilitische auch alle möglichen andern Krankheiten bekommen können. Von grosser Wichtigkeit ist die Localisation des Processes und die Feststellung seiner Natur, ob Gumma, Meningitis oder Arteriitis. Hemiplegie vor dem 45. Jahr und Epilepsie nach dem 30. Jahre sind des Syphilis in hohem Grade verdächtig.

. Die Prognose ist um so besser, je eher die antisyphilitische Behandlung begonnen wird, dies gilt für alle Formen.

Die Behandlung anlangend, so scheint E. eine prophylaktische Anwendung von Jod gerechtfertigt, etwa dreimal im Jahre für Perioden von 2—3 Wochen Jodkali in Dosen von 10—20 Gr. (0·6—1·25) dreimal täglich (Gowers). Von grosser Wichtigkeit ist der Allgemeinzustand der Patienten, besonders in der Hospitalpraxis, in der viel öfter als in der Privatpraxis die Kranken heruntergekommen gefunden werden. Die Anwendung von Quecksilber und Jod selbst muss sich im Einzelfalle nach den Erscheinungen richten, im Ganzen scheinen sehr active, mit grosser Heftigkeit auftretende Symptome mehr die Anwendung von Hydrargyrum, die langsamer verlaufenden mehr Jodpräparate zu erfordern.

H. G. Klotz (New-York).

Vaughan, Paul Turner. Some Observations upon Syphilitic Manifestations in the Optic Nerve and Retina; Inflammatory Manifestations. New-York Med. Journal LXXII. p. 543, 577. Sept. 29. Oct. 6. 1900.

Vaughan berichtet über seine in Hot Springs Ark. gemachten Erfahrungen über entzündliche Erkrankungen der Sehnerven und der Retina auf syphilit. Basis unter zahlreichen Citaten, namentlich aus der deutschen Literatur. Ein Fall von primärer neuritis optica gibt Veranlassung die Frage näher zu erörtern, ob es eine solche gibt, V. bejaht dieselbe; er fand bei seinem Patienten 12 Monate nach Infection, nachdem 6 Wochen Sehstörungen bestanden hatten, beiderseits Entzündung des Sehnerveneintritts, geringe Venenerweiterung, verschwommene Grenzlinien des Opticus, Spur von Trübung über der Papille, geringe Umbiegung der Gefässe über den Sehnerveneintritt. Sehschärfe auf beiden Augen — $^1/_{50}$ und concentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes. Nicht die geringsten Veränderungen oder Störungen ausser dem Auge, nam. kein Kopfweh; rasche Heilung nach energischer Cur.

Ein Fall von retrobulbärer syphil. Neuritis trat bei einem 30jährigen Manne 5 Jahre nach Infection auf, ohne die geringsten Erscheinungen von Hirnsyphilis. Ohne ophthalmoskopische Veränderungen

wurde auf beiden Augen $^{1}/_{60}$ Sehschärfe gefunden, grosses centrales Scotom den Fixationspunkt umgebend. Nach 6 Wochen beinahe völlige Wiederherstellung.

Von syphilit. Stauungspapille wurden 2 Fälle beobachtet. Im 1. Falle waren die localen Symptome nicht verschieden von denen in andern Fällen, gelegentliche heftige Kopfschmerzen und Schlafsucht deuteten auf Hirnsyphilis. In dem zweiten Falle bestand noch allgemeine Drüsenanschwellung, syphil. Halserscheinungen, zeitweilig heftige Kopfschmerzen, Schmerzen in den Tibiae, besonders Nachts, Zuckungen im r. Arm und Bein, leichte aphasische Erscheinungen. Im l. Auge Sehschärfe und Augenhintergrund normal. Im r. Auge Sehschärfe = $^{6}/_{8}$, deutliche Projection der Papille, unbestimmte Aussenlinien, erweiterte Venen, chrysanthemunähnliches Aussehen der Papille. Alle diese Erscheinungen deuten auf Meningitis über dem Arm- und Beincentrum, die sich hinab erstreckt bis über die Basis der l. 3. Hirnwindung. Stauungspapille gestattet nicht bestimmte Schlüsse auf die Natur des in dem Schädelinnern statthabenden Processes.

Neuroretinitis wurde in 3 Fällen beobachtet, 11 Monate, 4 und 14 Jahre nach der Infection, sie kann auftreten 1. als directes Product des syphilit. Processes und als primäre syphilit. Entzündung, 2. in Folge intracranieller syphilit. Neubildungen durch Erhöhung des intracraniellen Drucks (Gumma) oder durch directes Uebergreifen (Meningitis) und 3. als Folge syphil. Gefässveränderung. Im 1. Falle handelte es sich um eine einfache Entzündung im activen Zustand der Krankheit, auffallende Besserung unter specifischer Behandlung. Im 2. Falle bestanden am Auge nur geringe Veränderungen, aber Symptome die auf beginnende allgemeine Paralyse deuteten: Vergesslichkeit, Stumpfheit, zeitweilige heftige Kopfschmerzen. Unter specifischer Behandlung erfolgte Heilung. Im 3. Falle war 14 Jahre nach der Infection ohne andere vorhergehende Symptome als Kopfschmerzen unvollständige rechtseitige Paralyse aufgetreten, mit völliger Taubheit rechts, Seh- und Sprachstörungen, unter grossen Dosen von Jodkali erfolgte Heilung. Sechs Jahre später wieder Sehstörungen mit Polyuria und vermehrtem Durst und Kopfschmerzen, geringer Zuckergehalt des Urins. Zur Zeit der Beobachtung bestand leichte Entzündung beider Sehnerven, selbst aber keine Hämorrhagien in der Retina mit weissen Flecken daneben; weisse Streifen entlang der Retinalgefässe. Rechts keine Hämorrhagie an der Stelle der Macula lutea.

Unter 3 Fällen von Retinitis bestand in zweien nur Flimmern vor den Augen und geringe Abnahme des Sehvermögens, ophthalmoskopisch grau-bläuliche Verfärbung der Retina in der Gegend der Macula lutea und um die Papille herum und staubartige Trübung des Glaskörpers. Im 3. Falle, 8 Monate nach der Infection bei ungenügender Behandlung noch ausgebreitete Erscheinungen auf der Haut. Im r. Auge nur Glaskörpertrübungen, im l. deutliche Trübung und Verfärbung in der Umgebung der Papille und der Macula mit kleinen grauen Flecken. Zwei Fälle von Chorio-retinitis boten keine besonderen Erscheinungen dar.

H. G. Klotz (New-York).





Cestan. La polynévrite syphilitique. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. XIII. 2. p. 152.

Cestan bespricht an der Hand zweier Fälle von reiner syphilitischer Polyneuritis — im Gegensatz zu solchen, die bei Syphilitikern durch Alkohol, Quecksilber oder Autointoxication in Folge von Leber- und Nierenveränderungen auftreten können — diese Affection. In ihrer klinischen Erscheinungsform bietet sie nichts charakteristisches; das Fehlen von für andere Nervenkrankheiten charakteristischen Symptomen (z. B. Freibleiben des Supinator longus bei Bleilähmung) und insbesondere der Erfolg der antiluetischen Behandlung lassen die Diagnose stellen. Die Histologie der Erkrankung ist nicht bekannt, doch glaubt Verf., dass primär die Nervenzelle durch das Syphilistoxin geschädigt wird.

Victor Lion (Mannheim).

Vaughan, Paul Turner. Some Observations upon Syphilitic. Manifestations in the Uveal Tract — the Iris, Ciliary Body, and Choroid. New-York Med. Journal LXXII. p. 145. Juli 28. 1900.

Vaughan theilt seine Erfahrungen in 29 Fällen von Erkrankung dieser Organe mit, die im wesentlichen mit den Resultaten anderer Beobachter übereinstimmen. H. G. Klotz (New-York).

Peters, Peter. Ueber Syphilis des Hodens und Nebenhodens. (Inaug.-Diss. Würzburg. 1899.)

Es handelt sich in dem von Peters mitgetheilten Falle um eine langsam sich entwickelnde Geschwulst des rechten Hodens, der ziemlich hart und im Vergleich zum linken Hoden bedeutend vergrössert war. Gleichzeitig bestand Cystitis catarrhalis und Hypertrophie der Prostata. Da es sich anscheinend nur um eine maligne Geschwulst handelte, wurde der Hoden exstirpirt und heilte per primam. Ungefähr 30 Jahre vorher soll Patient einen Hautausschlag mit Haarausfall gehabt haben. Die etwa gänseeigrosse Geschwulst war hart und zerklüftet. Es liesen sich leicht 4 Knoten unterscheiden, in einem derselben mehrere grosse Höhlen mit weissgelb-schleimiger Masse. Mikroskopisch konnte die Diagnose „Gumma" festgestellt werden. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Ophüls, W. Amyloid Substance and Amylaceous Bodies in Multiple Syphilitic Tumors of the Bones, with Remarks on the Relation of Amylaceous Bodies to Amyloid Substance. (Journal of Experimental Medicine. V. 2. 11. Oct. 25. 1900.)

Die von Ophüls untersuchten Tumoren des Sternum der Rippen und der Wirbelsäule stammten von einem Patienten, der vor 25 Jahren ein mit Hinterlassung einer grossen Narbe geheiltes Geschwür am Penis gehabt hatte, von secundären syphilitischen Erscheinungen konnte nichts eruirt werden, eine sofort eingeleitete antisyphilitische Behandlung war ohne Resultat. Der Fall war klinisch mehr von neurologischem Interesse. Die Tumoren zeigten überall ähnliche Formation: eine periphere, grösstentheils aus Zellen mit nur spärlichen eingelagerten Bindegewebsfasern bestehende Zone. Diese Zellen erwiesen sich durch chemische Reaction sowie morphologisch als corpora amylacea und zeigten auch die



für diese charakteristische concentrische Schichtung. In diesen Schichten konnte Ophüls an sehr dünnen Schnitten (Färbung mit Methylviolett und Montirung in 20% wässeriger Lösung von essigsaurem Kali unter Oelimmersion) eine ganz feine radiäre Streifung und das Vorhandensein ganz dicht aneinander gepackter krystallinischer Nadeln nachweisen. Die mittlere Zone besteht aus einem feinen Maschenwerk von Bindegewebe, dessen Zwischenräume mit zahlreichen einzelnen oder in Gruppen vereinigten corpora amylacea ausgefüllt sind, meist umgeben von grossen Rundzellen. Ausserdem erscheinen dicke, unregelmässige Bänder und Klumpen gewöhnlicher amyloider Substanz, zuerst in dem Netzwerk des Bindegewebes auftretend. Die centrale Zone besteht aus Fragmenten von corpora amylacea und amyloiden Bändern; die Zwischenräume sind mit rothen Blutkörperchen angefüllt. Die Bildung amyloider Substanz erstreckt sich auch auf die Umgebung des Tumors, das Periost etc. Nach eingehender Berücksichtigung der Literatur, namentlich eines Falles von Hildebrand (Virch. Arch. V. 140. pag. 249. 1895) kommt Ophüls zu dem Schlusse, dass trotz mancher Verschiedenheiten in der chemischen Reaction und den Bedingungen für ihr Auftreten, amyloide Substanz und amyloide Körper nicht als verschieden zu betrachten sind. Sowohl in dem Hildebrand'schen wie in dem eigenen Falle wurden amyloide Substanz und amyloide Körper gleichzeitig und in unmittelbarer Nähe unter den verschiedensten Farbenreactionen gebildet. Der Hauptunterschied zwischen den beiden Geweben ist ein morphologischer; Amyloidsubstanz tritt in unregelmässigen Klumpen und Bändern auf, während die corpora amylacea einen centralen Kern von amyloidem oder anderem Material, umgeben von regelmässigen concentrischen Schichten, darstellen, die Ophüls als durch Krystallisation albuminöser Substanzen entstanden nachgewiesen zu haben glaubt. H. G. Klotz (New-York).

Buchanzeigen und Besprechungen.

Weiss, Jul. Doc. Dr. Wien. Venerische und Hautkrankheiten. (Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften für praktische Aerzte und Specialärzte, herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. A. Drasche.) Karl Prochazka. Teschen 1900.

In lexikalischer Anordnung und Kürze werden in diesem von Weiss redigirten Bande, unter Mitwirkung bewährter Fachschriftsteller, die Erkrankungen der Haut und venerischen Affectionen geschildert. Die einzelnen Artikel enthalten wohl alles Wissenswerthe, wenn auch nicht verhehlt werden soll, dass bei manchen derselben vielleicht ein Weniger Mehr gewesen wäre und auf Kosten dieser andere Artikel eine ausführlichere Bearbeitung erfahren hätten. So hätte wohl die Beschreibung der Sexualorgane des Mannes, wie das aus unerfindlichen Gründen mit denen des Weibes im vorliegenden Buche geschehen ist, füglich wegbleiben können, Lupus, Prurigo (bei deren Behandlung unter anderen Nervendehnungen, Genuss reinen Kochsalzes empfohlen werden) u. a. m. eine ausführlichere Schilderung vertragen. Die einzelnen grossen Krankheitsbilder, z. B. Syphilis werden nicht im Zusammenhange, sondern zertheilt in mehrere Artikel dargestellt. Die Injectionsbehandlung erfährt, losgelöst von der übrigen Syphilistherapie, gesonderte Besprechung, die anderen Behandlungsmethoden findet der Leser nach langem Suchen unter A (Arzneitherapie der Syphilis). Es hätte sich vielleicht empfohlen und der Uebersichtlichkeit des Werkes und leichteren Orientirung sicher nicht Abbruch gethan, wenn eine Zusammenfassung des in Einzelartikeln verstreuten Stoffes stattgefunden hätte. Dadurch hätten sich auch manche Wiederholungen vermeiden lassen. Sehr zu begrüssen ist die Darstellung des Zusammenhanges der Hautaffectionen mit inneren Erkrankungen in einem besonderen Artikel, der in Jessner einen gewandten Bearbeiter gefunden hat.

Die Ausstattung des Werkes ist eine gefällige, eine grosse Zahl von Textbildern illustrirt die einzelnen Darstellungen.

Ludwig Waelsch (Prag).



Finger, Ernst. Die Syphilis und die venerischen Krankheiten. Ein kurz gefasstes Lehrbuch zum Gebrauche für Studierende und praktische Aerzte. V. Auflage. Wien. Franz Deùticke. 1901.

Das bekannte Finger'sche Lehrbuch der venerischen Krankheiten ist Anfang dieses Jahres in V. Auflage erchienen, nachdem es bereits in vier fremde Sprachen übersetzt worden ist. Die neue Ausgabe, die nicht unbeträchtliche Verbesserungen und Erweiterungen aufweist und die neuesten Fortschritte der Wissenschaft bis in die allerjüngste Zeit verwerthet, verdient dieselbe Anerkennung und das gleiche Lob, wie sie ihre Vorgänger allgemein gefunden haben.

Eine klare Sprache und die sehr übersichtliche Anordnung des Stoffes bilden die Hauptvorzüge des Werkes als Lehrbuch. Man muss Finger vom Standpunkte des Lehrers vollständig beistimmen, wenn er absichtlich die typischen Krankheitsbilder, bisweilen sogar in etwas schematischer Schilderung in den Vordergrund stellt, um so dem Lernenden das Charakteristische scharf einzuprägen. Genaueres Eingehen auf wissenschaftliche Controversen, theoretische und hypothetische Erörterungen, ausführliche Literaturangaben sind im allgemeinen vermieden. Nur an denjenigen Stellen, an denen es für die richtige Auffassung der Krankheitserscheinung nothwendig war, haben auch theoretische Betrachtungen ihren gebührenden Platz gefunden, besonders bei der Lehre der Syphilis, die naturgemäss den Haupttheil des Finger'schen Buches darstellt.

So ist es ja bekanntlich einer der Hauptvorzüge des Werkes, dass der Autor versucht das vielgestaltige Krankheitsbild der Lues im Lichte moderner bakteriologischer Auffassung darzustellen, die Frage der Infectiosität, der Vererbung des Uebergangs in das Tertiärstadium durch Beobachtungen und Erfahrungen bei Infectionskrankheiten mit bekannter Aetiologie insbesondere durch die Lehre von den Toxinen und Antitoxinen zu erklären und unserem Verständniss näher zu bringen.

Auch die histologischen Befunde werden nirgends als eine unnöthige Beigabe empfunden, dienen vielmehr zur Vereinfachung des Verständnisses klinischer Thatsachen. Man merkt der Schilderung der mikroskopischen Bilder sehr bald an, dass sie auf Grund eigener Untersuchung gegeben werden, und dass auch die in der allerjüngsten Literatur mitgetheilten Forschungen berücksichtigt sind.

Bei der Darstellung der klinischen Krankheitsbilder hat Finger unseres Erachtens stets das Richtige getroffen, weil er überall für die Ausführlichkeit der Schilderungen praktische Gesichtspunkte gelten lässt. So sind weniger wichtige Dinge kurz, andere sehr eingehend geschildert. Mit Recht wird ganz besonders berücksichtigt und ausführlich besprochen die Diagnose der verschiedenen Erscheinungen der Syphilis, die wichtige Differentialdiagnose gegenüber ähnlichen nicht specifischen Dermatosen. Zusammenfassend wird dann noch einmal betont, worauf der Arzt bei einem Verdacht auf Lues zu achten hat und in welcher Weise eine systematische Untersuchung — sowohl bei acquirirter als bei hereditärer Syphilis — vorgenommen werden muss. Der Finger-

schen Auffassung der verschiedenen luetischen Erscheinungen schliessen wir uns im Grossen Ganzen vollständig an und weichen nur in ganz wenigen, nicht so bedeutsamen Punkten ab — so bei der Auffassung der Psoriasis linguae et mucosae oris, die der Verf. als eine specifische Erkrankung ansieht und von der „idiopathischen Psoriasis mucosae", der Leukoplakia buccalis) abgrenzt.

Vollständig einverstanden können wir uns mit Finger erklären, wenn er die Bedeutung der Quecksilberbehandlung für den Verlauf der Syphilis ganz besonders in den Vordergrund stellt und für die intermittirende Therapie eintritt.

Bei der Darstellung des Ulcus molle wird in der vorliegenden Auflage die Specifität der Streptobacillen vollständig anerkannt, wenn auch auf das seltene Vorkommen von Geschwüren vom Aussehen des weichen Schankers, die aber durch andere Mikroorganismen hervorgerufen werden, hingewiesen wird.

Auf den die Gonorrhoe behandelnden Abschnitt brauchen wir nicht näher einzugehen. Er ist ein Auszug aus der allgemein bekannten ausgezeichneten Monographie „die Blennorrhoe der Sexualorgane" und zeigt deren anerkannte Vorzüge.

Anhangsweise werden noch einige venerische Affectionen (Condylomata acuminata, entzündliche Phimose und Paraphimose, Inguinaldrüsenentzündung u. s. w.) mit einer der praktischen Bedeutung entsprechenden Ausführlichkeit behandelt.

Nach alledem muss das Finger'sche Buch als ein vorzügliches Lehrbuch bezeichnet werden und verdient mit vollem Recht die Verbreitung, die es thatsächlich gefunden hat.

J. Schäffer (Breslau).

Casper, Leopold und **Richter**, Paul Friedrich. Berlin. Functionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie. Berlin und Wien. Urban und Schwarzenberg. 1901.

Seit der Einführung des Ureterenkathetrismus hat die Diagnostik der Nieren einen bedeutenden Aufschwung genommen und die verschiedensten Methoden sind hiezu angegeben worden. Die Autoren unterwerfen an der Hand der einschlägigen Literatur und ausgedehnter eigener Untersuchungen die verschiedenen Methoden einer eingehenden Kritik, wobei sie insbesondere die Bedeutung der Bestimmung der molecularen Concentration des Blutes und des Nierensecretes hervorheben, sowie der nach Phloridzininjection von jeder Niere ausgeschiedenen Zuckermenge. Dagegen wird das von den Franzosen so vielfach empfohlene Methylenblau als ungeeignet bezeichnet, wie auch die Bestimmung der Toxicität des Harnes. Eine grosse Zahl instructiver Krankengeschichten erläutert die bei den verschiedenen klinischen Krankheitsformen sich ergebenden Befunde und so sei das gut ausgestattete Buch allen Jenen, welche sich



mit diesem in praktischer Beziehung wichtigen Zweige der Diagnostik vertraut machen wollen, bestens empfohlen.

Friedel Pick (Prag).

Fränkel, Max. Die Samenblasen des Menschen, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Topographie, Gefässversorgung und ihres feineren Baues. Mit 4 lithographirten Tafeln. Berlin. Aug. Hirschwald. 1901.

In dieser Monographie stellt Fränkel das anatomisch über die Samenblasen Bekannte, nach eigener Prüfung und genaueren Durcharbeitung, übersichtlich zusammen. Nach einer Schilderung des Aussehens, der Gestalt, der Grösse und Lage der Samenblasen wird ihrer Gefässversorgung eine besonders genaue Darstellung gewidmet. An der arteriellen Vascularisation dieser Organe betheiligen sich zahlreiche Zweige der Arteria hypogastrica (die Art. haemorrhoidalis superior und media, die Arteriae vesicales inferioses, sowie die Art. deferentialis). Diese Arterien, deren Verlauf auf den Samenblasen genau angegeben wird, bilden namentlich an der Basis der Vesicae seminales ein ausserordentlich starkes Anastomosengeflecht. Der ungewöhnliche Gefässreichthum weist, nach Fränkel, darauf hin, dass diese Organe die Hauptmenge der Flüssigkeit des Samens erzeugen. Mikroskopisch lassen sich bekanntlich drei Schichten an der Samenblasenwand unterscheiden. Eine Bindegewebs-, eine Muskel- und eine Schleimhautschichte. Nach Fränkel ist die Muskelschichte durchaus nicht so dick als gewöhnlich angegeben wird. Das Epithel der Schleimhaut ist stets cylindrisch. In der Streitfrage, ob die Samenblasen Drüsen besitzen oder nicht, entscheidet sich der Autor dahin, dass wohl Ausbuchtungen der Schleimhaut vorkommen, die aber, weil sie des für solche Organe typischen Baues entbehren, nicht als Drüsen anzusprechen sind.

Topographisch wichtig ist das Lageverhältniss der Samenblasen und der Ampulle des Vas deferens zu der Eintrittsstelle der Uretheren in die Blasenwand. Gewöhnlich deckt wohl der basale Theil der Vesicae, mit einer lateralen Randpartie, ein kleines Stück der Uretheren; da aber auch häufig der Urether erst am unteren Theile der Samenblasen eintritt, oder aber von einem Stück der Ampulle überlagert wird, so lässt sich ein allgemein giltiges Gesetz für dieses Lageverhältniss nicht aufstellen. Eine kurze Besprechung erfährt auch die Pathologie der Samenblasen.

Von den dem Werke beigegebenen Tafeln sind zwei der Lage und den Arterien der Samenblasen, eine dritte ihrem mikroskopischen Baue, die vierte (zeichnerisch schwächste) der Lagebeziehung zwischen Urether, Vas deferens und Samenblasen gewidmet. Alfred Fischel (Prag).



Begründet von **H. Auspitz** und **F. J. Pick.**

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Dr. ARNING, Prof. BEHREND, Dr. BESNIER, Prof. BERGH, Prof. BOECK, Prof. DUHRING, Prof. v. DÜRING, Prof. EHRMANN, Dr. ELSENBERG, Prof. EPSTEIN, Dr. FABRY, Prof. FINGER, Dr. J. GRÜNFELD, Prof. HASLUND, Prof. v. HEBRA, Prof. HALLOPEAU, Dr. C. HERXHEIMER, Dr. HOCHSINGER, Prof. JADASSOHN, Prof. JANOVSKY, Prof. JARISCH, Dr. JOSEPH, Prof. KÖBNER, Prof. KOPP, Prof. LANG, Dr. LEDERMANN, Prof. LUKASIEWICZ, Dr. LUSTGARTEN, Prof. v. MARSCHALKÓ, Dr. du MESNIL, Prof. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. OBERLÄNDER, Prof. PETERSEN, Prof. POSPELOW, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Prof. RIEHL, Prof. RILLE, Prof. RÓNA, Dr. O. ROSENTHAL, Dr. SCHIFF, Dr. SCHÜTZ, Dr. SCHUSTER, Dr. SCHUMACHER, Dr. SZADEK, Prof. TARNOWSKY, Dr. TOUTON, Dr. ULLMANN, Dr. VEIEL, Dr. v. WATRASZEWSKI, Prof. WELANDER, Dr. WINTERNITZ, Prof. WOLFF, Prof. v. ZEISSL

und in Gemeinschaft mit

Prof. Caspary, Königsberg, **Prof. Doutrelepont**, Bonn, **Prof. Kaposi**, Wien, **Prof. Lesser**, Berlin, **Prof. Neisser**, Breslau

herausgegeben von

Prof. F. J. Pick in Prag.

LVI. Band, 3. Heft.



Mit sieben Tafeln.

Wien und **Leipzig.**

Wilhelm Braumüller.

k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

1901.

Ausgegeben Juni 1901.



Inhalt.

Seite

Original-Abhandlungen.

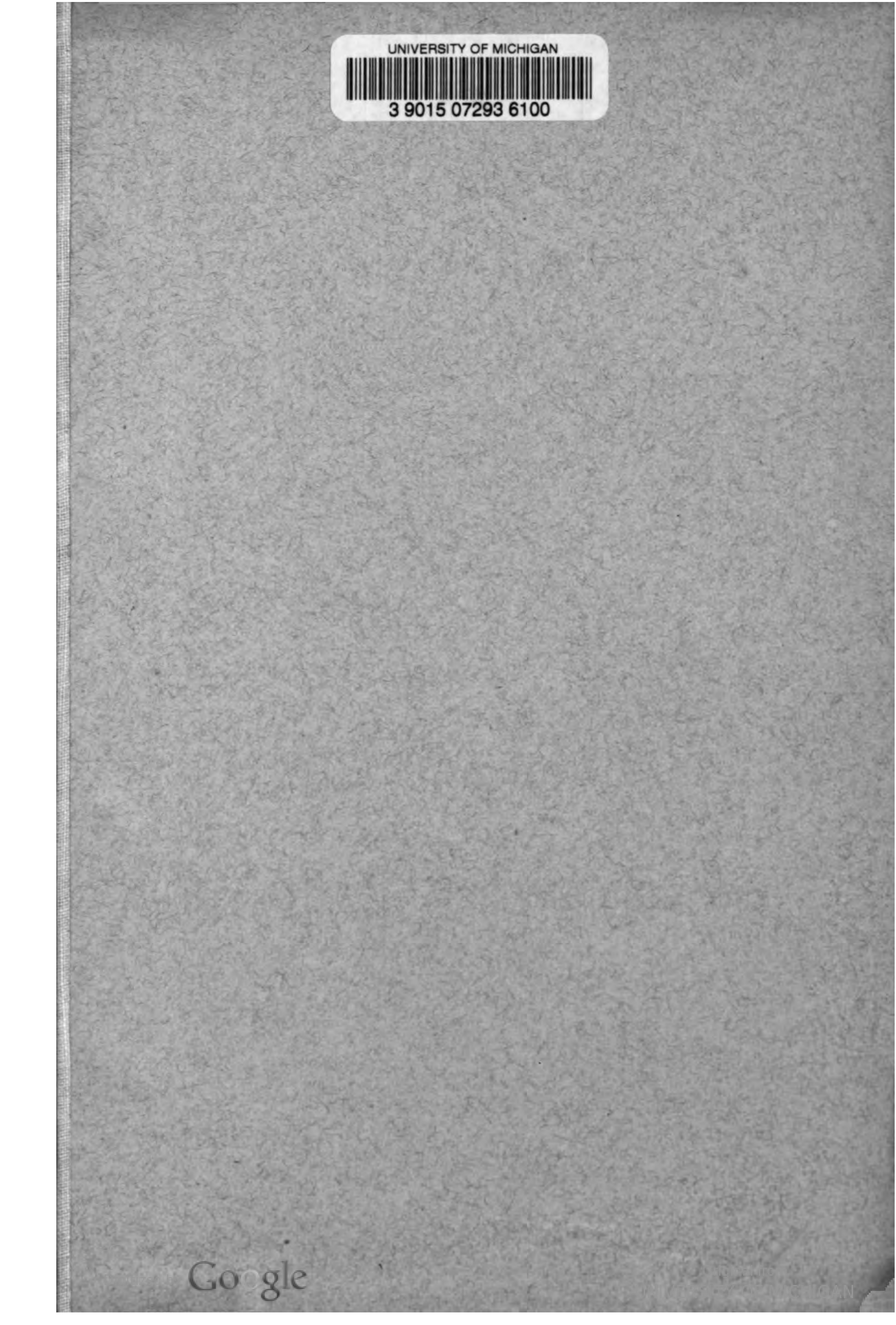
Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.





K. u. k. Hofbuchdruckerei A. Haase, Prag.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07293 6100
Google

